Nr. 22. 27. maja 1934 Rok XIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY POGLĄDOWE.

Dr. Jan MIODOŃSKI. Asyst. Klin. Kraków.

Rola błędnika w poczuciu i pojmowaniu przestrzeni [1]).

Z kliniki Oto-ryno-laryngolog. U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Baurowicz.

Niema takiego drugiego przypadku w historji fizjologji, by badacze byli tak opanowani już przez zgóry powzięte idee jak przy badaniu zagadnień błędnikowych.

Wynik doświadczenia był właściwie już dany, nim jeszcze miano czas przeciąć pierwszy przewód półkolisty. Ułożenie tych tworów o tak prostej i regularnej budowie w trzech głównych płaszczyznach przestrzeni nie mogło być żadną miarą przypadkowe i tylko chodziło o to, by dociec, jaki jest stosunek między czynnością tych części a trzema wymiarami przestrzeni. W taki to sposób skreślił Ewald w 1887 roku myśli tych badaczy, którzy zajmowali się zagadnieniami błędnikowemi. I istotnie już Fleurens z tą myślą przystępował do pierwszego doświadczenia. On to miał szczęście obserwować zaburzenia ruchowe po przecięciu poszczególnych przewodów. Cowięcej — spostrzegał, że zależnie od przeciętych przewodów zaburzenia występowały w różnych płaszczyznach i kierunkach.

Taki wynik doświadczenia musiał wywrzeć wstrząsające wrażenie nawet na najbardziej zrównoważonym badaczu. Nic też dziwnego, że w odkrytym „narządzie równowagi" dopatrywano się później niejednokrotnie wprost „zmysłu przestrzennego", a umysły filozofów i matematyków zaprzątało zagadnienie błędnika niemniej, niż przyrodników i lekarzy. Stało się to, co dzieje się zwykle przy odkryciach wielkiej miary, że pod zdobyte prawdy chce się początkowo podporządkować więcej, niż narazie można. Dopiero dokładne przetrawienie nowych zdobyczy pozwala na właściwe ustosunkowanie ich do tych prawd, jakie już znamy. Jak każda nowa zdobycz nietylko wyjaśnia pewne zagadnienia, lecz stwarza równocześnie wiele nowych, tak i zdobycze z fizjologji błędnika wymagały niemało trudu i pracy, by zagadnienia z filozofji przestrzeni ustosunkować należycie do zagadnień fizjologicznych.

Zagadnienie — „fizjologja błędnika a przestrzeń" nasunęło się w pierwszym rzędzie stąd, że w błędniku, w którym upatrywano „narząd równowagi" — a więc zmysł, który ma nas ustosunkowywać do świata zewnętrznego, odnaleziono niejako symbol przestrzeni euklidesowej t. j. schemat trzech płaszczyzn, przecinających się pod kątem prostym. Pojmowanie przestrzeni, jako czegoś trójwymiarowego miało więc być uwarunkowane i wynikało z budowy i czynności „zmysłu przestrzennego".

Nim zajmiemy się tem zagadnieniem, jakie właściwości naszego organizmu stworzyły pewne właściwe nam pojęcia przestrzenne, zapytamy, co chcemy przez to powiedzieć, gdy twierdzimy, że przestrzeń ma trzy wymiary? (Poincaré). Geometrowie rozpatrują zwykle przestrzeń jako pewne *continuum*, które dzielą przy pomocy t. zw. przekrojów. Określają oni zwykle najsamprzód powierzchnię, jako granicę objętości, linję, jako granicę powierzchni, punkt jako granicę linji i twierdzą, że dalej procesu tego prowadzić nie można. Z zasady tej wynika, że dla podziału owego *continuum* zwanego przestrzenią należy mieć przekroje zwane powierzchniami, dla podziału powierzchni przekroje zwane linjami, zaś dla linji przekroje zwane punktami. Punkt nie stanowi już żadnego *continuum*, linja więc, którą podzielić można przez przekroje nazwane punktami, a niebędące już *continua'mi*, będą *continua'mi* jednowymiarowemi, powierzchnie, które podzielić można przez przekroje ciągłe, jednowymiarowe stanowić będą *continua* dwuwymiarowe, przestrzeń wreszcie, dająca się podzielić zapomocą przekrojów ciągłych dwuwymiarowych, stanowić będzie *continuum* trójwymiarowe.

Twierdząc więc, że przestrzeń ma trzy wymiary, chcemy przez to powiedzieć, że ogół punktów przestrzeni czyni zadość danemu powyżej określeniu trójwymiarowości. Opieramy się więc na określeniu pewnych właściwości elementów przestrzeni t. j. punktów. W dalszej stąd konsekwencji musimy się oprzeć na fakcie, że w pewnych przynajmniej wypadkach musimy umieć odróżnić dany element tego *continuum* od innego elementu. W jakiż zaś sposób istnieje dla nas ten a ten punkt przestrzeni? Rzecz prosta, nie chodzi tutaj o bezwzględny punkt przestrzeni, lecz tylko o położenie jego względne w stosunku do innych przedmiotów, a przedewszystkiem w stosunku do naszego ciała. Jeśli wrażenia płynące od danego przedmiotu nie zmieniają się, natenczas przypuszczamy, że położenie tego przedmiotu nie uległo zmianie; uważamy przytem siebie za coś w pewnym względzie niezmiennego. Jeśli natomiast zmienią się te wrażenia, sądzić będziemy, że dany przedmiot zmienił się bądź co do swego stanu, bądź co do swego miejsca. Która z tych możliwości zaszła istotnie, umiemy często rozstrzygnąć i zmianę polegającą na ruchu wyodrębnić od innej. Zdarzyć się jednak może, że i my sami pomimo woli i wiedzy, ulegamy pewnym zmianom stanu wewnętrznego, którym to zmianom bądźto towarzyszyć może pewna przedmiotowa zmiana zewnętrzna, bądź nie, czego jednak jasno rozgraniczyć nie zdołamy. Często doznajemy wówczas uczucia zawrotu — o czem później zresztą.

Bezpośrednio znamy tylko położenia względne przedmiotów do naszego ciała, zaś stąd wnioskujemy pośrednio o wzajemnem położeniu przedmiotów. Gdy spostrzegamy, że dwa przedmioty zachowały to samo położenie w stosunku do naszego ciała, wyciągamy stąd dalszy wniosek, że i położenie obu tych przedmiotów względem siebie nie uległo zmianie. Stałym więc układem osi, do którego odnosimy przedmioty zewnętrzne, to układ osi współrzędnych, związanych trwale z naszem ciałem. Jeśli określamy jakiś punkt w przestrzeni, to dzieje się to w ten sposób, że oznaczamy jego stosunek do tego układu. Jakiż zaś jest mechanizm tego postępowania? Oto — gdy mówimy, że umiejscawiamy jakiś przedmiot, znaczy to poprostu, że wyobrażamy sobie ruchy, jakie należy wykonać, aby dany przedmiot dosięgnąć. Nie chodzi tu zresztą tyle o wyobrażenie sobie tych ruchów, jak raczej czuć mięśniowych, które towarzyszą tym ruchom. Od dwóch różnych przedmiotów, zajmujących kolejno to samo miejsce, doznajemy wrażeń zupełnie różnych, a jeśli przedmioty te mają coś wspólnego, to właśnie to, że należy wykonać te same ruchy, by je dosięgnąć. Taki mechanizm umiejscawiania jest jednak, jak zobaczymy, wysoce zawiły. I tak — przy danym przedmiocie wyobrazić sobie można wiele różnych szeregów ruchów, pozwalających dosięgnąć go. Jeśli w dodatku obok czuć czysto mięśniowych uciekniemy się do czuć wzrokowych, ilość tych sposobów zwiększy się jeszcze. Uwzględnić wreszcie musimy — mówiąc o osiach współrzędnych naszego ciała — także stosunek wzajemny poszczególnych części ciała przy danej obserwacji. Mimo jednak tak znacznego bogactwa wyobrażeń, które mogą wchodzić tu w grę, ostaje się przecież pewne jądro wspólne — bo wyobrażenia tak różne przedstawiają jednak ten sam punkt. Przestrzeń naszą budujemy kinetycznie, a ruchy naszego ciała odgrywają w tem rolę istotną. Dla istoty zupełnie nieruchomej nie byłoby ani przestrzeni, ani geometrji. Daremnie przesuwałyby się naokoło takiej istoty przedmioty zewnętrzne; zmiany, wywoływane w jej wrażeniach, odnosiłaby ona nie do zmian położenia tych przedmiotów, lecz do zmiany ich stanu — brakłoby jej środka dla rozróżnienia obu rodzajów tych zmian, które to rozróżnianie nie miałoby zresztą dla niej praktycznego znaczenia. Inaczej u istot mogących się poruszać — dla nich odróżnienie takie jest o pierwszorzędnem znaczeniu praktycznem. Jakoż istoty ruchome potrafią odróżniać — w pewnych przynajmniej przypadkach — zmiany stanu od zmiany miejsca oraz zmiany wywoływane przez własne ruchy od innych zmian. To co wyróżnia zmiany ruchowe własne od innych, da się ująć w dwu cechach: 1) zmiany ruchowe własne mają pewną cechę dowolności, 2) zmianom tym towarzyszą pewne czucia mięśniowe. Otóż tutaj już podniosę, że w wielu razach na powstawanie i charakter tych czuć mięśniowych błędnik wywiera wpływ niewątpliwy. Zmiany zewnętrzne rozdziela istota ruchoma na dwie grupy — t. j. na takie, które dają się sprostować przy pomocy ruchów własnych i inne, których w ten sposób sprostować się nie daje. Pierwszą grupę określamy, jako zmianę położenia, drugą jako zmianę stanu. Przestrzeń naszą budujemy kinetycznie na podstawie pewnych czuć mięśniowych,

[1]) Wykład habilitacyjny.

które to czucia nie opierają się bynajmniej na preegzystencji pojęcia przestrzeni.

Wracając do uwag uczynionych na początku, zapytamy teraz, jaka jest liczba wymiarów tak zbudowanej przestrzeni? Szeregi czuć ruchowych pojęte bez dalszych zastrzeżeń zbudowałyby nam przestrzeń bardzo wielowymiarową. Jeśli jednak uwzględnimy właściwości pewnych szeregów czuć ruchowych, okazuje się, że tak nie jest. Każdemu szeregowi czuć ruchowych Σ odpowiada punkt przestrzeni. Dwu szeregom czuć Σ i Σ' odpowiadają dwa jakieś punkty. Punkty te mogą jednak nie być różne od siebie, a to gdy zdarzy się, że Σ jest identyczne ze Σ' oraz jeżeli w Σ' będziemy się mogli doszukać szeregu Σ wzbogaconego o jakieś dwa odwracalne szeregi, a więc $\Sigma' = \Sigma + S + S'$, gdzie S i S' są szeregami odwracalnemi. Gdyby wszystkim innym szeregom Σ odpowiadały różne punkty przestrzeni, mielibyśmy jeszcze bardzo wiele wymiarów. Umiemy jednak wyodrębnić takie jeszcze szeregi ruchów σ, podczas których palec nasz nie opuszcza danego punktu. W tych warunkach ogół wszystkich szeregów stanowić będzie *continuum* trójwymiarowe. Niechaj A będzie powierzchnią w przestrzeni, B linją na tej powierzchni, zaś M punktem na tej linji. C_0 niechaj oznacza ogół szeregów czuć ruchowych (Σ), zaś C_1 ogół takich szeregów Σ, iż przy końcu ruchów palec znajdzie się na powierzchni A; C_2 takie szeregi Σ, iż przy końcu ruchów palec znajdzie się na linji B, zaś C_3 takie szeregi Σ, iż na końcu ruchów palec znajdzie się w punkcie M. C_1 będzie tutaj przekrojem C_0, C_2 przekrojem C_1 a C_3 przekrojem C_2 — stąd wynika, że jeśli C_3 jest *continuum* n-wymiarowem, to C_0 stanowić będzie *continuum* fizyczne o $n + 3$ wymiarach. Jeśli teraz uwzględnimy, że wszystkie takie szeregi czuć ruchowych, które doprowadzają palec do tego samego punktu, zlewają się w jedno wrażenie, to C_3 ma wówczas wymiarów O, czyli C_0 ma trzy wymiary.

W wywodach powyższych rozważaliśmy przestrzeń zbudowaną na podstawie li tylko czuć mięśniowych i określiliśmy ją, jako *continuum* trójwymiarowe. Również przy rozpatrywaniu przestrzeni wzrokowej doszlibyśmy do podobnego wyniku, przyczem okazałoby się, że przy budowie przestrzeni wzrokowej niezbędne są odpowiednie czucia mięśniowe, bez których czucia wzrokowe nie miałyby w sobie nic geometrycznego tak, iż rzec można, że niema przestrzeni czysto wzrokowej.

Z jakiej też strony przystąpimy do rozważań, to zawsze wybiją się na pierwsze miejsce te czucia, które zależą od stanu naszego układu mięśniowego i za których pośrednictwem poznajemy punkty przestrzeni, a raczej położenia końcowe naszego ciała [2]).

Jasnem jest, że to położenie końcowe zależne będzie z jednej strony od ruchów, z drugiej zaś od położenia początkowego, z któregośmy wyszli. Ruchy objawiają się nam przez czucia mięśniowe oraz inne czucia od ich stanu zależne. A co zapoznaje nas — tutaj na ziemi — z położeniem, z któregośmy wyszli? Bezpośrednio znamy tylko położenia względne układów zewnętrznych w stosunku do ciała, zaś najważniejszym układem odniesienia jest dla nas ziemia; toteż piecza nad orjentacją o stosunku ciała naszego do ziemi jest szczególniej przez organizm uwzględniona. Do urządzeń orjentujących nas o stosunku naszego ciała do ziemi należy też i system przedsionkowy, a jeśli nie jest on bynajmniej jedynem urządzeniem w organizmie w tym kierunku pracującem, to jednak jest jedynem, które prawie wyłącznie w tym tylko kierunku jest nastawione. Stąd szczególniejsze stanowisko tego narządu. Naogół powiedzieć możemy, że narząd przedsionkowy działa w ten sposób, że wpływa na pewne czucia mięśniowe. Tak zwany narząd równowagi jest jednem z najstarszych urządzeń zmysłowych, wspólnych światu roślinnemu i zwierzęcemu; tak w świecie roślinnym, jak i zwierzęcym spełnia on czynność tę samą t. j. orjentuje istotę żywą o jej stosunku do ziemi. Sposób bytowania organizmu oraz szczebel rozwojowy mają jednak wybitny wpływ na zakres i mechanizm działania „narządu równowagi". Geotropizm w najszerszem tego słowa znaczeniu, który zarówno w świecie roślinnym, jak i zwierzęcym dostrzec się daje, jest w dużej mierze przejawem czynności tego narządu. Roślina — ten dziwny dwuchwytnik pogrążony jednym końcem w geo- a drugim w atmo-sferze, ptak unoszący się w powietrzu, meduza pogrążona we wodzie, czy zwierzę żyjące na lądzie, wszystkie one wspólnej podlegają sile — sile ciążenia. Ustosunkowanie się tych istot do siły ciążenia jest kwestją ich bytu. Najprostszym typem narządu równowagi jest taki, który nastawiony jest tylko na bodźce statyczne. U istot przymocowanych do podłoża bodźce statyczne wywierać muszą wpływ bardzo istotny na wzrost i kierować nim w ten sposób, by organizm nie zaznał szkodliwych skutków siły grawitacyjnej. U istot obdarzonych swobodą ruchów czynność utrzymywania równowagi wikła się znacznie, co odbić się też musi i na „zmyśle równowagi". Obok bodźców, potrzebnych dla utrzymania równowagi statycznej, zaznaczyć muszą się i inne, potrzebne dla utrzymania równowagi kinetycznej.

Doniosłość roli narządu geotropowego zależy wiele od szczebla rozwojowego danej istoty. U istot niższych jest on wprost o znaczeniu życiowem. Np. gołąb pozbawiony błędników nie jest zdolnym do życia samodzielnego, chociażby już przez to, że nie jest on w stanie sięgać za pokarmem. W miarę rozwoju ośrodkowego układu nerwowego znaczenie błędnika zmniejsza się, co zwłaszcza ma miejsce u małp a szczególniej u człowieka. W ustrojach wyższych wytwarzają się coraz to nowe urządzenia i mechanizmy, które nietylko spychają na dalszy plan lecz i przysłaniają rolę błędnika. Sfery poszczególnych urządzeń zmysłowych indywidualizują się coraz to silniej, ale obok cech rosnącej indywidualizacji zmysłów wytwarzają się nowe skojarzenia, w których odbywa się żywa wymiana różnych wartości zmysłowych. W miarę też rozwoju ośrodkowego układu nerwowego ustosunkowanie się błędnika do całości ustroju ciągłej podlega zmianie. Jaskrawe przejawy czynności błędnika zostają coraz to więcej przysłaniane a zawiłe wysoce skojarzenia innych gatunków czuć (wzrokowe, mięśniowe, stawowe, skórne, trzewne) wypierają stopniowo rolę błędnika.

Gołąb pozbawiony błędników nie jest zdolny do życia samodzielnego, człowiek pozbawiony błędników wyrównuje stosunkowo szybko te braki, które z utraty wrażeń błędnikowych wynikły. Błędem jednak byłoby sądzić, że rola błędników u człowieka jest poprostu szczątkowa, znikoma. Nie ulega wątpliwości, że jest ona mniejsza, ale ten szybki powrót do stanu prawie prawidłowego po utracie błędników nie dowodzi znikomości ich roli, a świadczy przedewszystkiem o potężnie rozwiniętych wyrównawczych zdolnościach ośrodkowych, zdolnych wyrównać prawie całkowicie poniesione szkody. Błędnik wpromieniowując swe wpływy w tak liczne tereny, jak to jest u istot wyższych, traci raczej swą indywidualność a nie funkcję. Zmiana postawy u człowieka związana jest ściśle z dużemi zmianami czynności całego narządu statokinetycznego, co nie mogło pozostać bez wpływu na błędnik, który wykazuje tak rozliczne powiązania z całym układem nerwowym. I tak z móżdżkiem utrzymywane są stosunki prawdopodobnie przez włókna korzonkowe bezpośrednie (z pominięciem ośrodków rdzeniowych), pozatem zdążają do móżdżku włókna wtórorzędne, jakoteż naodwrót — z móżdżku podążają włókna do jąder opuszkowych przedsionka. Dalej włókna wychodzące z jąder opuszkowych przedsionka wpromieniowują do pęczka podłużnego tylnego, wytwarzając w nim układy wstępujące i zstępujące, te ostatnie zdążają aż do odcinków rdzenia szyjnego.

Włókna wstępujące zdążają do jąder mięśni ocznych, do jąder początkowych, względnie końcowych pęczka podłużnego tylnego, wchodzą w połączenia z jądrem D a r k s c h e w i t s c h'a, K o h s t a m'a oraz jądrem śródspoidłowem. Jądro K o h s t a m'a zdaje się przynależeć do układu rubralnego. W jądrze śródspoidłowem kończą się częściowo włókna pęczka podłużnego tylnego, a potem przez spoidło tylne idą do ośrodków wyższych, zdążając po skrzyżowaniu ku *globus pallidus*.

Bodźce przedsionkowe, które poszły do móżdżku, odbijają się stamtąd do jąder pierwotnych w rdzeniu przedłużonym, stamtąd zaś na drogi przedsionkowo-rdzeniowe *(tract. vest.-spin.)*.

Niezmiernie ważnym jest też stosunek przedsionka do jądra D e i t e r s a. Duże znaczenie, jakie ma jądro D e i t e r s a dla sztywności wymóżdżeniowej (P o l l a k), wskazuje na to, że przez jądro to przechodza bodźce bardzo złożonej natury tak, że nieprawdopodobnem jest, by stanowiło ono poprostu jądro korzonkowe jakiegoś nerwu czaszkowego.

Część bodźców przedsionkowych wychodzi od korowych części móżdżku i zdąża do jego jąder głębokich, stamtąd zaś poprzez *bracchia conjunctiva* do jądra czerwonego. Z jądra czerwonego drogi dzielą się z jednej strony do *tract. rubro-spin.*, z drugiej do *thalamus opt.* Los bodźców, które dotarły do *thalamus*, może być dalej bardzo rozmaity, a możliwości w grę tu wchodzące wysoce zawiłe. I tak na drodze tegmentalnej mogą bodźce powracać do rdzenia przedłużonego i oliwek, zaś za ich pośrednictwem wchodzić w nowe stosunki z układem odruchowym móżdżkowym. Bodźce te mogą też przechodzić na drodze H e l w e g a do górnych części rdzenia szyjnego.

Dalej drogi wpromieniowujące do *thalamus* mają następnie połączenia do *globus pallidus*, względnie do *striatum*.

---

[2]) Wywód *continuum* trójwymiarowego przedstawiony według P o i n c a r é g o.

Z *thalamus* idą wreszcie włókna do kory mózgowej.

Poprzez *bracchia conjunctiva* przebiegają włókna, które są móżdżkowemi pochodnemi narządu przedsionkowego. Włókna te stwarzają jak się zdaje połączenia z czołowemi a może i skroniowemi częściami mózgu; byłyby to filogenetycznie najwyższe stacje przedsionkowe.

Na takiej to rozległej podstawie opierając się, wpływa narząd przedsionkowy na statykę i kinetykę. Jasnem jest, że stan i układ całego wspomnianego terenu rozstrzyga o sposobie działania narządu przedsionkowego. Wpływ narządu przedsionkowego musi się też odmiennie przedstawiać w miarę, jak zmienia się układ nerwowy ośrodkowy, zaczem i jego mechanizm działania na organ ruchowy t. j. mięśni.

Jak wywodziłem poprzednio, przestrzeń naszą budujemy kinetycznie. Dla orjentacji w tak zbudowanej przestrzeni wymagane są pewne ściśle określone odczyny ruchowe, a raczej czucia towarzyszące tym ruchom. Jeśli błędnik ma dopomagać do orjentacji przestrzennej, to musi on dostarczać czuć harmonijnie współdziałających z tamtemi, w przeciwnym razie działałby on szkodliwie. Bodźce błędnikowe jak i inne — że posłużę się terminologją W e i s s a, muszą być rozumiane, by mogły wywołać odczyn, by mogły być zużytkowane, muszą więc dostarczać czuć tego rodzaju, by mogły one wchodzić w stosunki z poprzednio wspomnianemi czuciami mięśniowemi.

Uważam więc, że z większą nieco słusznością powiedzieć możemy, że przestrzeń jako coś trójwymiarowego nie jest nam narzucona przez sposób działania narządu błędnikowego, lecz przeciwnie, że narząd ten jest najwyżej anatomiczną ilustracją tego faktu, że cała nasza struktura nerwo-mięśniowa buduje nam *continuum* fizyczne trójwymiarowe. Jak już wspomniałem, budowa przewodów półkolistych, ich rozkład w trzech niemal prostopadłych do siebie płaszczyznach stała się punktem wyjścia dociekań, jaki jest stosunek między czynnością tych części, a trzema wymiarami przestrzeni.

Gdy spojrzymy na statocystę mięczaka, twór kulisty, do światła którego wystarczają z całej powierzchni wewnętrznej rzęski komórek wrażliwych i gdy spojrzymy na rozmieszczenie elementów wrażliwych w narządzie przedsionkowym istot wyższych, nasuwa się nam pytanie: co spowodowało tę redukcję, to zaniechanie pewnych elementów wrażliwych, ustawionych w statocyście w różnych miejscach, a utrzymanie i dalszy rozwój różniczkowy innych elementów?

Najprostszą wydaje się odpowiedź, że zachowane zostały te elementy, z których bodźce mogły być użytkowane nadal przez rozwijający i różnicujący się narząd nerwo-mięśniowy. Patrząc na rzecz z tego punktu widzenia, należałoby więc powiedzieć, że narząd przedsionkowy nie warunkuje sposobu pojmowania przestrzeni, że narząd ten jest niejako świadkiem tego, w jaki sposób pracuje narząd w tym względzie podstawowy t. j. aparat nerwo-mięśniowy.

Budowa narządu błędnikowego istot wyższych jest tego rodzaju, że pewną jego część dostarcza nam pewnych czuć orjentujących o położeniu ciała (względnie głowy) względem ziemi, jest to tak zwany narząd kamyczkowy albo grawitacyjny. Druga część t. j. przewody półkoliste działają wtedy, gdy ciało względnie głowa wykonuje jakiś ruch — powstaje wtedy bodziec o dużej wartości kierunkowej. W tym względzie rola narządu błędnikowego jest wybitna a praca odruchowa narządu słuchowego, wzrokowego i przedsionkowego wiążą się tutaj ściśle. Wspomniałem, że istota ruchoma umie zazwyczaj odróżniać zmiany wrażeń zmysłowych, wywołane przez własne ruchy, od innych zmian, że w odróżnieniu tem ważne bardzo znaczenie odgrywają pewne czucia mięśniowe, mające swe źródło w pewnych ruchach. Niektóre gatunki takich ruchów stanowią równocześnie pewne ściśle określone bodźce dla narządu przedsionkowego, wywołując w nim pewne ściśle określone odczyny. Powstałe stąd w błędniku podniety — ściśle zależne od rodzaju ruchu, który je wywołał — przesłane zostają na wspomnianych drogach i wiążą się dalej z przynależnemi również do danego ruchu czuciami mięśniowemi, stawowemi i t. d. Zawiły mechanizm utrzymywania równowagi i orjentacji przestrzennej warunkuje więc zgodna współpraca całego szeregu czuć (mięśniowe, błędnikowe, stawowe i t. d.) — otóż szczególne stanowisko narządu błędnikowego zaznacza się nieraz przez to, że w pewnych warunkach nawet prawidłowy narząd przedsionkowy może dostarczać takich czuć, które nie harmonizują z innemi poprzednio wspomnianemi; często doznajemy wówczas zawrotu.

Zawrót jest przeżyciem tak charakterystycznem, że wytwarza zupełnie swoisty każdemu człowiekowi dobrze znany stan świadomości. Poczestne miejsce w tym splocie, który nazywamy zawrotem, zajmują wrażenia ruchowe; składowa ruchowa zajmuje też czołowe miejsce we wielu określeniach zawrotu. W u n d t opisuje zawrót jako uczucie kręcenia się głowy, któremu towarzyszą nudności. E b b i n g h a u s upatruje przyczyny zawrotu w niezgodności czuć, pochodzących z różnych źródeł, a przedewszystkiem w niezgodności między czuciami położenia i ruchu. B á r á n y mówi o uczuciu pewnego zamroczenia, połączonego z wrażeniami ruchów pozornych własnego ciała, przyczem odczuwane bywają mdłości; gdy zamroczenie uzyska większe natężenie, występuje dyzorjentacja w przestrzeni. Że określenie „ruch pozorny ciała" opiera się na spostrzeganiu pewnych niezgodności w relacjach między poszczególnemi gatunkami czuć, daje się łatwo dowieść. Pozatem określenie B á r á n y'e g o podkreśla psychiczną stronę zawrotu. E w a l d uważa zawrót za skutek niedostatecznej orjentacji — jako przymroczenie świadomości statycznej, która występuje, gdy odmówi nam jeden lub kilka środków pomocniczych, służących do orjentacji statycznej. Prawie beztrosko załatwia się ze zawrotem P ü t t e r, według którego kanały półkoliste dostarczają nam wrażeń, które odczuwamy poprostu jako zawrót.

Bardzo głęboko ujmuje sprawę zawrotu N a g e l i stara się określić rolę narządu błędnikowego w tem przeżyciu. Zawrót warunkuje — według niego — niezgodność pomiędzy czuciami ruchowemi, dostarczonemi przez błędnik z jednej, a przez inne zmysły z drugiej strony.

Skłonny jestem uważać, że w przeżyciu tem, jakiem jest „zawrót błędnikowy" dopatrywać się też możemy pewnych elementów właściwych odruchom warunkowym.

Ogólnie powiedzieć można, że jeśli czucia położenia i ruchu, płynące z różnych źródeł, są między sobą niezgodne, doznajemy mniej lub więcej określonego uczucia zawrotu. Zaburzenie, wynikające z dysharmonijnego działania bodźców błędnikowych względem innych odczuwane bywa zwykle jako zawrót kołowy. Ze spostrzeżeń klinicznych wiemy, że przy schorzeniach ośrodkowych zawrót nie miewa często tak określonej formy. Jak sobie to tłumaczyć?

Gdy wychodząc z danego położenia, wykonujemy jakiś ruch (chodzi przedewszystkiem o ruch głowy) to do innych gatunków czuć przez ruch ten wywołanych dołączają się też pewne czucia błędnikowe, przywiązane właśnie do danego ruchu. Pewne ruchy głowy (przedewszystkiem krzywo-drożne, kołowe), wywołują energiczne odczyny błędnikowe do danego ruchu ściśle przywiązane, odczyny te zostają — przedewszystkiem w móżdżku — częściowo zasymilowane, a częściowo zasocjowane z in gatunkami czuć stato-kinetycznych. Analizą tak stworzonego kompleksu zajmują się — jak się zdaje — w pewnej mierze i czołowe okolice mózgu. Gdybyśmy byli w stanie — a jak wiemy jest to możliwe — wywołać pewien odczyn błędnikowy bez spowodowania ruchu do danego odczynu błędnikowego zwykle przynależnego, to z czuciami, płynącemi obecnie z błędnika, skojarzylibyśmy ruch taki, który zazwyczaj te czucia błędnikowe warunkuje. Analityczna praca nad tak stworzonym kompleksem prowadzi wtedy do wykrycia nieprawidłowego kojarzenia, sprzecznego z innemi gatunkami czuć.

Gdy bodźce błędnikowe pochodzą z samego narządu obwodowego, to rozesłane są one — po drogach, które poprzednio naszkicowałem — w sposób zupełnie usystemizowany i wpływają na te wszystkie czucia, którym towarzyszy zazwyczaj ruch, będący fizjologicznym bodźcem dla tych części błędnika, które przy ruchu takim właśnie działają. Jeśli natomiast bodźce powstające w narządzie obwodowym działać mają poprzez części ośrodkowe chorobowo zmienione, lub jeśli wprost z tych chorobowo zmienionych ośrodków pochodzą, to takie usystemizowane, równomierne działanie jest niemożliwe, wtedy miast jasno wyrażonego zawrotu kołowego mamy do czynienia z bardziej nieokreślonem uczuciem zamętu.

Poza błędnikiem również podrażnienie i innych narządów może wprowadzić chaos w relacje czuć przestrzennych i stać się w ten sposób przyczyną zawrotu. Znikąd jednak nie otrzymujemy tak klasycznie czystych form — zwłaszcza zawrotu kołowego — jak właśnie z błędnika. Zawrót, który powstaje na drodze wzrokowej jest jeszcze najbliższy temu, jaki powstaje na skutek bodźców obwodowo-błędnikowych. Podkreślić tu jednak trzeba, że z narządem nerwo-mięśniowym oka jest błędnik związany niezmiernie ściśle, że więc i w tym wypadku wtórne wpływy działające na układ błędnikowy muszą być silnie zaznaczone — i że ostatecznie jest to zawrót, powstały drogą układu błędnikowego. L e i d l e r jest skłonny przypuszczać, że niema wogóle takiego mechanizmu zawrotu, w którym właśnie czucia błędnikowe nie brałyby szczególniejszego udziału.

Obok tych postaci zawrotu, w których zaznaczają się przedewszystkiem wrażenia ruchu kołowego, prostolinijnego, jedno-

kierunkowego, lub też wahadłowego, spotkać możemy takie formy, gdzie złudzenia z zakresu czucia położenia wybijają się na pierwszy plan. Choremu wydaje się np., że przedmioty (jak stół i t. p.) stoją skośnie, że podłoga jest pochyła i t. d. Najlepiej mogłem śledzić ten typ zawrotu w czasie jazdy koleją. Doświadczenie udaje się najlepiej, gdy idzie się kurytarzem wagonu zwalniającego swój bieg, ze wzrokiem utkwionym w podłogę, w punkt, leżący około 1 m przed stopami. Idąc w kierunku przeciwnym biegowi zwalniającego wagonu doznajemy wrażenia, że podłoga leży skośnie i to tak, że idzie się pod górę. Jeśli idziemy w kierunku biegu zatrzymującego się wagonu, wydaje się nam, że schodzimy na dół, — to drugie wrażenie jest u mnie słabsze. Pozatem doznaję wrażenia, jakoby podłoga przesuwała się pod stopami. W pierwszym wypadku w stronę przeciwną niż się poruszamy, w drugim zgodnie z kierunkiem ruchu. W pewnych warunkach możemy też obok zawrotu kołowego doznawać równocześnie żywych złudzeń położenia; daje się to spostrzegać przy jeździe na karuzeli (najlepiej wtedy stać a nie siedzieć). Poprzednio wywodziłem, że narząd błędnikowy działa tak, iż bodźce z niego płynące dostosowane są do narządu nerwo-mięśniowego, który w pierwszym rzędzie buduje naszą przestrzeń.

Umiejscawianie punktów w trójwymiarowej przestrzeni opiera się na wyobrażaniu sobie czuć mięśniowych, które towarzyszyłyby ruchom potrzebnym dla dosięgnięcia danego punktu. Bodźce błędnikowe współpracując z czuciami mięśniowemi wywierają też na nie swój wpływ. Jeśli harmonja tej współpracy zostanie zachwiana np. przez podrażnienie błędnika, wówczas ten sam punkt przestrzeni reprezentowany będzie w czasie przez coraz to inne czucia. Jeśli świadomi będziemy, że zmiana tych czuć niema przyczyny w naszych własnych ruchach, pozostanie nam przyjąć, że albo przedmiot, który w danym punkcie się znajdował, albo my sami wraz z podłożem, na którem jesteśmy, zmieniliśmy położenie wobec uważanego punktu. Rodzaj zmiany w tym kompleksie czuciowym będzie warunkował kierunek ruchu, który znowuż ze względu na inne czucia uznamy czasem za ruch pozorny; całe takie przeżycie określamy mianem zawrotu ruchowego. W psychologji zawrotu musimy wyodrębnić jeszcze takie jego rodzaje, gdzie nasze czucia grawitacyjne pozostają bez wyraźniejszego zaburzenia, oraz takie, gdzie i one doznają znacznych zakłóceń. Do pierwszego zaliczymy takie rodzaje zawrotu, przy których ruchy pozorne odbywają się w płaszczyźnie prostopadłej do siły grawitacyjnej, do drugiego takie, gdzie ruchy pozorne odbywają się w innych płaszczyznach. Ten ostatni rodzaj zawrotu łączy się zazwyczaj ze szczególnie silnemi stanami wzruszeniowemi przez to właśnie, że burzy najbardziej naszą orjentację o stosunku do ziemi.

Jak to zdaje się wynikać z wywodów, które przedstawiłem w „Odczynach galwanicznych... (1931 r.), narząd kamyczkowy działa osłabiająco na tego rodzaju zawrót przez to, że wywiera wpływ hamujący na bodźce błędnikowe, wywołujące taki zawrót. W narządzie kamyczkowym widzimy więc jeszcze jedno urządzenie ochronne, czuwające i na tej drodze nad czuciami orjentującemi nas o stosunku do ziemi. Pozatem, że narząd kamyczkowy dostarcza czuć współpracujących bezpośrednio z innemi czuciami położenia, to ponadto narząd ten dopomaga do wyrównania takich zaburzeń czuciowych, które wywołują zawrót w płaszczyznach, naruszających czucia grawitacyjne.

Kończąc powiemy — błędnik nie warunkuje swą budową i czynnością naszych pojęć przestrzennych, nie sprawia on, że nasza przestrzeń zmysłowa jest właśnie „x" a nie „z" wymiarową. Za to odpowiedzialny jest w pierwszym rzędzie aparat nerwo-mięśniowy i sposób obróbki psychicznej wrażeń stamtąd płynących. Budowa błędnika — jeśli kusilibyśmy się wyciągać z niej w tym kierunku jakieś wnioski — wskazuje raczej i jest anatomicznym świadkiem sposobu pracy narządu nerwo-mięśniowego, który buduje nam na podstawie ogółu czuć ruchowych przestrzeń naszą jako *continuum* trójwymiarowe. Dzieje się tak wtedy, gdy wszystkie szeregi i gatunki czuć pracują zgodnie i harmonijnie. Może jednak wydarzyć się, że dany punkt przestrzeni reprezentowany przez różne szeregi czuć nie jest przez wszystkie te szeregi reprezentowany jednakowo i że niektóre szeregi zmieniają się w czasie. Powstaje wtedy niezgodność między relacjami poszczególnych szeregów czuć, co wiedzie ostatecznie do złudzeń ruchowych.

Zmiany, jakie zachodzą w szeregach Σ pod wpływem bodźców błędnikowych, wykazują duży stopień ładu i usystemizowania — stąd wyrazistość kierunkowa złudzeń ruchowych. W ten sposób przedstawiałby się wpływ bodźców błędnikowych na ogół Σ. Wrażenia błędnikowe pomagają zazwyczaj organizmowi do dokładniejszego określania danych szeregów Σ, w żadnym wypadku jednak nie mogą one ani zniszczyć, ani wytworzyć innych gatunków Σ niż te, jakie zakłada i warunkuje nasz układ nerwo-mięśniowy. Takie inne Σ byłyby dla nas podobnie niezrozumiałe, jak niezrozumiałe i nieużyteczne byłyby nasze Σ dla istot nieruchomych.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Z typologji ludzkiej.

(Z cyklu badań nad przyrodą typów ludzkich).

Poprzedzę krótkim wstępem, który znajdzie w dalszym ciągu swe uzasadnienie.

Dotychczasowe me prace dają się podzielić na 8 rodzajów. Są to: 1) prace dotyczące problemów chemicznych, 2) chemiczno-diagnostyczne, 3) omawiające szczegółowo pewne schorzenia, 4) kazuistyczne, 5) z dziedziny różnych zjawisk, jak zjawiska akustyczne, psychologiczne, antropologiczne w zastosowaniu do medycyny wewnętrznej, 6) dotyczące układu wegetatywnego i systemu gruczołów dokrewnych, 7) omawiające stosunek różnych narządów wewnętrznych do systemu nerwowego i 8) dotyczące typologji ludzkiej.

Ponieważ już w roku 1910 nosiłem się z poważnym zamiarem opracowania typów a w roku 1912 zabrałem się do tego, więc wszystkie inne prace trafiały z natury rzeczy na umysł zajęty typologją i nań musiały wpływać, a tem samem i na swoiste ujęcie typów, które opisałem w 1927 roku. Wszystkie nowe typologiczne spostrzeżenia ogłaszam co pewien czas. Obecnie podam kilka ogólniejszych uwag i kilka nowych spostrzeżeń.

I.

Wiadomo, że między flegmatycznym astenikiem a bardzo ożywionym nadnerczowcem są stopniowe przejścia. Są niemi: zwykły astenik, asteniczny mięśniowiec, czysty mięśniowiec, przejście do nadnerczowca, a nakoniec ten ostatni, zwłaszcza jego nader ruchliwa postać. Wszystkie te typy wynoszą w mej statystyce patologicznej tylko niecałe 24% ogółu. Idźmy dalej. Tarczycowców jest tam 44%, płciowców 1,64%, reszty zdefinjowanej 3%. Ale na tem nie koniec. Istnieje bowiem jeszcze pokaźna cyfra 28%, która pełna jest jeszcze tajemnic, a ludzie do tej grupy należący stają się nieraz istną zagadką dla badacza. Tą właśnie grupą ludzi zajmę się w pracy niniejszej. Najprzód podam jednak parę uwag. Te niecałe 24%, złożone z typów czystych lub ich mieszanin, należy wśród zdrowych do większości. Ilość tarczycowców zmniejsza się znacznie. Płciowców nie zmienia się. Reszta zdefinjowana jest minimalna. Nie zdefinjowanych jest kilkanaście procent. Cóż jest wspólną cechą tych ostatnich? Wygląd nie, chemizm nie, stan układu wegetatywnego także nie, system wkrewny również nie. Antropologicznie niezawsze dają się łatwo zdefinjować. Jedyną wspólną cechą ich jest psychika. To jest jedyny łącznik tych osób. A psychika ta jest wielce charakterystyczna. Zanim ją opiszę, podam najprzód obraz psychiki innych głównych typów.

Astenik, tarczycowo podbarwiony (t. p.), jest cichy, tajemniczy, niedający się łatwo poznać, żyjący życiem własnem, odgraniczony psychicznie od otoczenia[1]). Razi go jaskrawe światło, rażą hałasy. Zimny i nieokreślony przeżywa w swej głębi nieraz dużo, mimo że temu towarzyszy tylko blady uśmiech lub twarz przypominająca maskę. Do mózgu jego dopływają wrażenia, wywołują uczuciową reakcję, lecz grzęzną tam zużyte do wewnętrznej pracy myślowej. Nazewnątrz nie przedostaje się nic z tego, a nawet i afekty promieniują raczej do sfery wegetatywnej aniżeli do układu mięśniowego albo wprost do psychiki wewnętrznej spowrotem, rzeźbiąc jej szczegóły w swoisty sposób, kształtując charakter i usposobienie.

---

[1]) Dziś odróżniamy asteników: a) flegmatycznych o p. s. poniżej —7%, tworzących żywe automaty, b) zwykłych o p. s. —6% (Werner Borgard), c) tarczycowo-podbarwionych, intelektualnie wysoko stojących, d) grasicowych, limfatycznych, tępych, e) z hiperfunkcją nadnercza nacechowanych hipertrichozą, f) asteno-atletyków (p. s. średn.), g) tyreoasteników o smętnych oczach, zdolnych, artystycznie wysoko stojących, h) innych tarczycowców, wywodzących się z astenji (T_1, T_2, T_3).

Gdy w tem „laboratorjum psychicznem", gdzie wrze nieraz gwałtowna praca, niczem niedająca znać o sobie, wytworzy się myśl nowa, własna — wtedy dopiero przerywa się chwilowo tama dzieląca tych ludzi od świata i owoc cichej pracy myślowej wypływa nazewnątrz, poczem nastaje znów cisza, okres odosobnienia się od świata.

Bardzo ciekawem jest życie seksualne astenika t. p. Jako towarzyszkę życia wybiera on osobę zazwyczaj energiczną, mięśniowonadnerczowego typu, życiowo bardzo obrotną, rozłożystą gosposię, gderliwą, napojoną zapachami potraw, które sama sporządza. W domu jest niby idealny porządek, ale i ciągłe sprzątanie, ciągła zmiana służby, naprawki, remonty, rwetes i niepokój, dzieci krzyczą, ale astenik t. p. pozostaje zdala od tego, w jego pokoju jest cisza niczem niezamącona, w głębokiej ciszy dojrzewa myśl twórcza. Z obecną towarzyszką życia nie mają przedmioty dawnej miłości astenika t. p. nic wspólnego. Są to kobiety należące do typu tarczycowego, bardzo subtelnego, o olśniewająco pięknych oczach (T_2), do kombinacji tego typu z płciowym (T_2 G) lub też do odmiany E. Czysty typ G jest dla astenika t. p. za mało delikatny. Zmysłowe te kobiety, tajemnicze, buduarowe, upajające, słodkie, są jedynemi, które działają na jego psychikę i mogą pobudzać twórczość. Astenik t. p. lubi wyszukane podniety, któremi zwykł się w całej pełni rozkoszować, ale czyni to dyskretnie. Cała jego psychika daleka od codzienności, od szarych kłopotów będących tłumikiem dla jego dążeń, lubuje się w pracy umysłowej i w bodźcach wyszukanych, estetycznych, nastrojowych. Cały ten odłam ludzkości, jaki wytwarzają astenicy t. p., przedstawia wybitnie rozwiniętą intelektualnie grupę ludzi, grupę, których inteligencja w ciągu wieków wciąż wzrasta, jakby zapowiedź „ludzi przyszłości".

Przechodzę do mięśniowca [2]). Nie jest taki zamknięty w sobie jak astenik. Psychicznie dużo prostszy, płciowo mało wybredny. Miłość jego dotyczy wysportowanych „mięśniówek", dziewcząt ogorzałych od słońca i osmalonych od wichrów górskich, które później stają się poprawnemi żonami o miernej płodności. Częściej jednak biorą mięśniowcy inne kobiety za żony. Mięśniowiec zadowolony jest przeważnie z życia, od którego wiele nie wymaga. Pracuje ochotnie, gdyż pod tym względem nie robi mu układ mięśniowy żadnych trudności. Za ciężką pracą umysłową nie przepada. Wyszukanych estetycznych i nastrojowych bodźców nie potrzebuje.

Skolei poświęcę parę uwag nadnerczowcowi [3]). Ruchliwy, obrotny, z rozmachem, głośno mówiący, porywczy, psychologicznie „przejrzysty" a w gruncie dobry i uczynny. Od białego rana do późnej nocy pracuje niezmordowanie i sam przyznaje, że więcej się męczy, gdy odpoczywa. W zawrotnym wirze zajęć czuje się najlepiej. Dom i ognisko rodzinne jest tylko małą cząsteczką całości jego życia. Żyje on w otaczającym go świecie złączony z nim węzłami psychicznej symbiozy. W warsztacie jego pracy, gdzie zwykle dąży do objęcia kierowniczego stanowiska, żyje najmilszem mu życiem. Wszystko, co czyni dla siebie, robi prędko, jakby odniechcenia, zostawiając na to minimum czasu. Nie myśli o sobie, nie uważając na to, by chronić się przed szkodliwościami, bo ma poczucie takiej siły, iż sądzi, że wszystkiemu oprzeć się jest w stanie. Należy również do „ludzi przyszłości". Na towarzyszkę życia wybiera zwykle potulną asteniczkę, przez co burze, wywołane przez dobrego ale krewkiego małżonka, toną jak w morzu w głębiach psychiki cierpliwej małżonki.

Flirtować lubi z rezolutnemi „nadnerczówkami" ale na to zostawia mało czasu. „Płciówka" czasem „zawróci mu głowę" ale nie na długo. Seksualnie jest naogół mało skomplikowany.

Pominąwszy przedstawicieli typu płciowego stale żądnych rozkoszy, ich negatywu t. j. ludzi hipogenitalnych i obojętnych podtarczycowców, wspomnę słów kilka o przedstawicielach tarczycowego typu. Olbrzymia ta w materjale patologicznym grupa, maleje znacznie u zdrowych mieszkańców miast, a na wsi jest tylko nikłą gromadką. Są to ludzie mający coś artystycznego w sobie, „pięknoduchy" jak pospolicie ich określają. Są to urodzeni esteci. I rzeczywiście większość artystów należy do grupy tarczycowej. Kobiety tego rodzaju są bardzo często pełne czaru i wdzięku, wytworne i o niepospolitej inteligencji, zwłaszcza przynależne do typu T_2 i jego kombinacyj. Połączenie T z typem płciowym, zwłaszcza typ E należy do nader interesujących. Ludzi tych opisałem w poprzednich mych pracach bardzo dokładnie.

Po tak krótkiem przypomnieniu psychiki poszczególnych typów, przechodzę do właściwej rzeczy, t. j. do omówienia typu, który nazwę literą X. Uczynię to w rozdziale drugim.

II.

1.

Z początku niniejszej pracy nadmieniłem, że w syntezie spostrzeżeń dotyczących typów brał udział prócz materjału czysto typologicznego, który był użyty do prac ostatniej kategorji, także i cały materjał do reszty prac użyty, a przez to typy zostały wszechstronnie naświetlone. I właśnie w czasie naświetlania wyszło najaw zjawisko, które pokrótce omówię. Odnosi się to do typu X. Czem on jest? Czy tylko bardzo złożoną mieszaniną już znanych, czy tworem swoistym, czy też jednem i drugiem. Otóż w moim materjale patologicznym miałem następujące cyfry procentowe. Asteników: czystych 7,21, (4,20 t. p.), z nadczynnością grasicy 4,05, z nadczynnością kory nadnercza 1,60; tyreoasteników 33,99, typ T_1 1,20, T_2 1,03, T_3 0,35, G 0,53, z niedomogą tarczycy 1,50, hipogenitalnych 0,42. Myoasteników 1,10, „tarczycowanych" t. j. z domieszką nadwyżki tarczycy 0,5. Mięśniowców czystych 0,94, „tarczycowanych" 0,3. Mięśniowych nadnerczowców 1,09. „tarczycowanych" 0,2. Nadnerczowców czystych: 8,58 (t. p. 5,10), „tarczycowanych" typu T_1 1,54, hipergenitalnych 1,00, z hipotyreozą 1,03.

Cała reszta to sumaryczny typ X. Są tam postacie przypominające cośkolwiek asteników, to nadnerczowców, to jednych i drugich równocześnie. Wśród postaci więcej zbliżonych do asteników jest 2% T_1, 0,7% T_2 i 0,1% TG, wśród nieco przypominających nadnerczowców około 2% T_1. Typ E_1 stoi po stronie do nadnerczowej zbliżonej, E_2 po stronie przypominającej astenję. Reszta jest bardzo trudna do określenia, czasem jeszcze jest do wykrycia domieszka T_1 G ale wreszcie nie możemy nic wykryć znanego i mamy przed sobą czysty typ, który nie jest ani astenicznym, ani mięśniowym ani nadnerczowym. Jest on w czystej postaci rzadko spotykany i przeważnie znajduje się w kombinacjach z innemi typami, często umożliwiając takie połączenia jak typu nadnerczowego z astenją. Typ ten określę literą O.

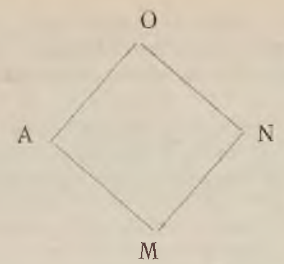
S. Liebhart opisując w pracy ogłoszonej w r. 1932 w numerze 49 Polskiej Gazety Lekarskiej typ kobiety normalnej, przedstawił nader wyraziście i pięknie czysty typ O. Rzeczywiście jest on rzadko spotykany i bardzo łagodny w usposobieniu. Pytaćby należało, czy istnieje u mężczyzn jego odpowiednik. I na to pytanie możemy odpowiedzieć twierdząco. Są to mężczyźni średnio wysocy, o delikatnej budowie kośćca i mięśni, miękkiej skórze i dosyć dobrze, ale nie nadmiernie rozwiniętej tkance tłuszczowej. Włosy jasne, jedwabiste, oczy niebieskie, budowa idealna. Zdrowi. Bardzo łagodni. Naogół bardzo rzadko spotykani. Mam wrażenie, że typ O krzyżuje się z mięśniowym, że kobiety typu O wychodzą zamąż za mięśniowców a mięśniówki gustują często w mężczyznach typu O, ale zbyt tego typu jest mało, aby wyrobić sobie całkiem pewne zdanie. Całkiem inaczej ma się rzecz z mieszaninami typu O z innemi. Jest ich naogół dużo.

Wpierw nim o nich wspomnę, powiem słów kilka o systematyce typów somatycznych. Wedle dotychczasowych poglądów była olbrzymia masa szczegółów skupiona w obrębie astenji, mniej typu mięśniowego i nadnerczowego. Wszak wszyscy tarczycowcy wywodzą się z któregoś z nich, szczególnie z astenji; a jest ich w materjale patologicznym aż 44%, tak samo ludzie z nadwyżką gruczołów płciowych, nie mówiąc o innych zaburzeniach. Na 100 przypada w materjale patologicznym 87 po stronie astenji, 1 w obrębie typu mięśniowego, a 12 w obrębie nadnerczowego. Czyż możliwy jest normalnie taki rozdział przypadków? Oczywiście że nie. Przypadki prawie mogące uchodzić za zdrowe dają lepszą statystykę, a w statystyce całkiem zdrowych najprawdopodobniej większość stanowi typ nadnerczowy i szczególnie mięśniowy, mniej astenja, tarczycowców jest mało, innych również, a cała trudność leży w tem, co zrobić z licznym, bo kilkanaście procent liczącym typem X? Mojem zdaniem wobec stwierdzenia istnienia typu O i licznych jego pochodnych, jest wszystko bardzo proste i daje się wyrazić graficznie w sposób następujący:

---

[2]) Mięśniowcy mają p. s. + 3,5 (Werner Borgard). Więcej kombinacje z hipertyreozą.

[3]) Nadnerczowcy zwyczajni mają p. s. + 7,5 (Werner Borgard), tarczycowo podbarwieni, bardzo ożywieni i zdolni do + 10%, tarczycowcy wywodzący się z nadnerczowców czasowo powyżej + 10%.



Od astenji (A) są 2 drogi do N t. j. nadwyżki nadnercza, jedna powszechnie znana przez typ mięśniowy (M), a druga zapoznawana przez O. Równolegle do dróg tych biegną szlaki nadtarczyczności, hipergenitalizmu lub nadwyżki przysadki, a z drugiej strony przeciwieństwa tychże. Każdemu miejscu drogi A—M—N—A może odpowiadać T, a stąd taki polimorfizm typu tarczycowego. Podobnie, choć nie tak jaskrawo widoczne to w typie G i innych. Dużo form umieszczonych jest na linji A—O lub O—N, a stąd nastaje znaczne odciążenie odcinka N—M a szczególnie M—A. Typ X przestaje istnieć jako, że był tymczasowy, a jego miejsce zajmują typy AO, O i ON. Istnieją zespoły AMN a AON czasem tarczycowo podbarwione, a nie natknięto się na wyraźny typ OM, choć nie jest bezwzględnie wykluczony, że typ ten jest i w ten sposób może połączenie OM istnieje, ale dotychczas nie mamy na to pewnego dowodu. Jedną formę M widziałem nasuwającą pewne wątpliwości co do przymieszki O, ale postanowiłem zaczekać na dużo silniejszy dowód. Połączenie AN zdarza się niezmiernie rzadko. Jest to dziwne i niezupełnie zbadane połączenie sprzeczności, istna zagadka natury. Praktycznie AN jest bez znaczenia. Skolei opiszę kilka typów mieszanych zawierających w sobie składową O, a więc położonych na linji A—O—N. Są one mniej wyraziste jak typy położone na linji A—M—N ale niemniej ciekawe. Przedstawiciele typu A—O niezupełnie są jeszcze poznani ale cechuje ich niezwykła dobroduszność i łagodność. Tarczycowcy do A—O—N przynależni są pogodni i weseli (bliżej A) lub nadto nadzwyczaj ruchliwi (bliżej N). Bliskie sąsiedztwo z O nastraja typy nader spokojnie [4]). Rozbrajającą dobroć spotyka się wśród przedstawicieli typu ON. Bardzo ciekawie przedstawiają się T_2, T_2 G i E. T_2 nie posiada tego w głębi ukrytego żalu, jak T_2 leżące po stronie przeciwnej, w sferze odpowiadającej okolicy między A a M bliżej A, na linji hipertyreozy. Typ E opisałem szczegółowo. T_2 G ma dużo cech swoistych. Przystępuję do opisu kilku cokolwiek lepiej poznanych typów mieszanych zawierających O.

2.

T y p ON b l i ż s z y N [5]). Dość wysoki, dobrze naogół zbudowany mężczyzna o typie rozedmowym ale o nienadmiernie, t. j. niemonstrualnie otyłym tułowiu zwłaszcza brzuchu, chociaż niechudym. Głowa o lśniącej łysinie, małych wodnistych niebieskich oczach, nos prosty, wąsy okazałe, zęby dobre. Szyja krótka. Budowa klatki piersiowej „rozedmowa". Brzuch niebardzo duży. Ręce i nogi o drobnej dystalnej części. Zawsze w ruchu, a zawsze serdeczny. Człowieka znajomego, którego dłużej nie widział, wita entuzjastycznie, chętnie zaprasza na jakąś przekąskę, zakropioną oczywiście alkoholem, a w czasie tego „rozkrochmala się", w oczach błyszczą mu łzy i lubi „palnąć mówkę", stylistycznie i oratorstko czasem bez wartości ale wygłoszoną serdecznie tubalnym głosem (bywają czasem częste wkładki jak np. słowa: „Panie Dobrodzieju" lub ataki rozedmowego kaszlu). Dzień schodzi mu na serdecznościach. Maleńki zawód, najczęściej biurowy, zabiera mu mało czasu tak, że może piastować różne honorowe funkcje i przy tej sposobności brać udział w bankietach, mówić mowy „z łezką wzruszenia", to znów zabawiać się z jego uczestnikami, śmiać się beztrosko z dowcipów i popijać wesoło. Człowiek nawskróś towarzyski, serdeczny i dobry; soczysty, spocony, hałaśliwy, charczący, często jowjalny.

T y p NO, b l i ż s z y O [6]). Mężczyzna dość tęgi, budowy „rozedmowej". Twarz bardzo łagodna, małe oczka, nos średni, wąsy duże, zaniedbane, na brodzie nieliczne szczotkowate włoski. Czaszka często wieżowa, włosy na głowie bardzo nikłe. Przeważnie nic nie mówi, jest kompletnie zahukany przez swą żonę, jako „pantoflarz" w całem tego słowa znaczeniu. Przy żonie nie dochodzi zwykle do głosu, sam mówi inteligentnie i ostrożnie. Dla wszystkich bardzo dobry. Pełni swój obowiązek zawodowy bardzo sumiennie i dokładnie. Zawód jego zazwyczaj biurowy.

Czysty t y p O był opisany przedtem.

T y p AO [7]). Wysoki mężczyzna, blondyn, ładnie ale delikatnie zbudowany, cokolwiek jednak wydłużonych kształtów. Tkanka tłuszczowa dość skąpo rozwinięta. Głowa nieco dłuższa od przeciętnej. Twarz owalna, wąska o wyrazistych lecz bardzo łagodnych rysach. Oczy niebieskie. Nos prosty lub orli. Łuki jarzmowe niewystające. Wargi cienkie, zęby duże. Szyja długa, i cienka. Spadziste barki. Klatka piersiowa dość długa i wąska ale szersza niż u astenika. Brzuch nieduży. Genitalja pokaźnych rozmiarów. Kończyny dość długie. Psychika schizotymiczna. Fasada wytworna. Głębia narówni z astenikami tarczycowo podbarwionymi nader wysoko intelektualnie wykształcona, brak jej jednak pesymizmu a jego miejsce zajmuje dobroć i pogoda. Nie zabiłby żadnej żywej istoty, nawet muchy, nie znosi polowania, z nikim nie chce być w niezgodzie, każdemu chce zrobić dobrze. Esteta w każdym calu. Lubi tylko to, co piękne. Gustowi co do kobiet jedynie astenik t. p. mu dorównuje.

T y p AON. Taksamo jak istnieją mieszańcy np. mający głowę nadnerczowca, a tułów asteniczny z potężnemi mięśniami, psychikę zaś różną, przynależną do którejś składowej — taksamo spotykamy mieszkańców typu A, O i N.

Obecność składowej O poznać najlepiej po psychice i o ile ona w zespole AON nie jest wyraźna, nie jest jeszcze rozstrzygnięte, czy mamy przed sobą ten zespół, czy też mało jeszcze zbadany kompleks AN, wogóle wątpliwy, czy możliwy. Najprawdopodobniej AN jest zespołem AON ze słabem zaznaczeniem psychiki O. Stop AON jest mieszaniną cech fizycznych typu astenicznego i nadnerczowego, przy braku cech t. mięśniowego, a przy psychice typu O.

Tyle o typologii osób płci męskiej.

Teraz opiszę dwa charakterystyczne zespoły typologiczne u kobiet i wspomnę o typie O i kompleksie AO.

3.

T y p NO. Tęga, zwykle blondyna, zupełnie pozornie podobna do nadnerczówek, ale zgoła odmiennej natury psychicznej. Ogromnie łagodna, współczująca, oddana pracy dla innych. Bardzo wprawne oko zaraz spostrzega, że nie ma do czynienia z czystym typem N, zwłaszcza u osób nieco starszych. Brak łysienia na „czubku" głowy, mniejszy i nie tak tłusty brzuch, większe ręce i stopy zwracają uwagę. Nadnerczówka jest ogromnie ruchliwa, w gruncie rzeczy dobra ale często irytuje się i niecierpliwi. Kobieta typu NO jest mniej ruchliwa a nie niecierpliwi się nigdy. Te dwie istoty, pozornie tak do siebie podobne, są w istocie odmienne a ta różnica widoczna jest głównie w psychice.

T y p T_2G. Opiszę go u osób 25 do 33 lat liczących, bo w tym wieku poddałem go badaniu i jest on najbardziej charakterystyczny. Jest typem który w wysokim stopniu posiada to, co mienią *sex appeal*, co potrafi oczarować najbardziej zrównoważonych [8]). Co to za zjawisko, będę starał się wyjaśnić, wpierw jednak opiszę osobę T_2G.

Wzrost średni, budowa kośćca i mięśni delikatna, tkanka tłuszczowa miernie rozwinięta. Skóra delikatna, naczynioruchowo pobudliwa. Głowa prawidłowo ustawiona i ruchoma. Czaszka okrągła. Twarz krótka. Oczy bardzo wielkie, objaw Graefego i Moebiusa czasowo zaznaczony. Nerw V i VII bez zmian. Nos krótki, prosty, wykrój ust dziecinny, zęby dobrze zachowane, dość drobne. Błona śluzowa jamy ust i gardła bez zmian. Szyja odpowiednio długa. Gruczoły chłonne szyjne lekko macalne. Żyły szyjne nierozszerzone. Tętnice dogłowowe wyraźnie tętniące. Tarczyca lekko powiększona, miękka, elastyczna. Klatka piersiowa w całości umiarowa, dołki nad- i podobojczykowe lekko zaznaczone. X żebro wolne, kąt łuków żebrowych prosty. W płucach większych zmian zazwyczaj niema, chyba nieznaczne zagęszczenia w okolicy któregoś ze szczytów. Serce bez zmian. Tętno miernie napięte, miarowe, 80—96 na minutę. Brzuch nieduży, bez cech patologicznych. Kończyny bez zmian. Odruchy ścięgniste bardzo żywe.

Szczególne cechy:

1) bujne, gęste, zazwyczaj ciemne włosy na głowie,

2) brwi w całości gęste, od strony nosowej szczególnie rozwinięte,

3) rzęsy bardzo wydatne,

---

[4]) Przemiana podstawowa ludzi zbliżonych do typu O niezbyt się oddala od punktu zerowego (+ 1, + 1,5, + 2,3, + 2,5).

[5]) Przemiana spoczynkowa około + 6%.

[6]) p. s. + 3 do + 4%.

[7]) p. s. średn.

[8]) Tę właściwość w podobnym stopniu posiada typ E.

4) sutki małe, bardzo zgrabne.

Z badań chemicznych zasługuje na wzmiankę zwyżka przemiany podstawowej i zwiększona tlenochłonność moczu.

Wegetatywnie: typ eretyczny, inkretorycznie: zwyżka tarczycowo-płciowa.

Badanie głosu: wykazuje wielką czystość i miękkość, ponadto niezwykłą zdolność nadawania mu cech właściwych wzruszeniom erotycznym.

Psychicznie: schizotymiczna z ogromnym udziałem sfery podświadomej.

Inne badania wykonane bardzo wszechstronnie dały wynik ujemny, jedynie rzucała się w oczy limfocytoza absolutna i względna we krwi.

Jeżeliby teraz zapytać, gdzie leży istota *sex appeal'u*, to sądzę, że w podświadomej sferze. Bo inaczej sobie tego wytłumaczyć nie można. Spójrzmy na przedstawicielkę typu T_2G. Delikatna o bujnych włosach, olbrzymich ładnie oprawnych oczach, krótkim prostym nosie, dziecinnych ustach, ładnych zębach, osoba naogół zgrabna o małych, bardzo zgrabnych piersiach — to jeszcze nie wszystko. Eretyzm, zwyżka tarczycowo-płciowa, piękny nabrzmiały emocją płciową głos, także nie stanowi całości. Wszystko to nabiera dopiero życia w zetknięciu z kunsztownym co do swej istoty systemem nerwowym, w którym składowa podświadoma odgrywa ważną rolę. Wejdźmy w świat czystej nauki. Jak przedstawia się wyżej wspomniana osóbka człowiekowi patrzącemu na świat oczyma nowoczesnego fizyko-chemika? Przedewszystkiem znika gdzieś momentalnie to zwykłe piękno a w jego miejscu pojawia się inne dużo wspanialsze [9]). Osoba przedstawia się jako „zakończony lecz nieograniczony twór, będący skondensowaną energią, mającą postać korpuskularną i falową, podlegającą sumie praw regulujących przemianę energetyczną w kosmosie" (1, 2, 3 i 4 twierdzenie J. S. Marzeckiego). Zawiera on x 10^{28} atomów i jest $1,10^{50}$ częścią kosmosu. Gdyby nie wolne przestrzenie możnaby całą materję ustroju skupić na przestrzeni małego ułamka cm^3. Materja ta przemieniona w ciepło wyniosłaby przy 50 kg wagi blisko, $1,19 . 10^{15}$ dużych kaloryj, t. j. ilość ciapła, zdolną 10.800 miljonów tonn wody ogrzać od 0^0 do 100^0. Budowa osoby typu T_2G, jak każdego zresztą ustroju, przypomina wedle uczonych taki system gwiazdowy jak galaktyka. Atomy (ich jądra) to słońca, elektrony (krążące) to planety (Rutheford, van der Broeck) a stąd „związki chemiczne to grupy słońc, koloidy to gromady gwiazd, plazma komórki i narządy przedstawiają wyższe skupienia gwiazdowe". Taka „minjaturowa galaktyka" jak ustrój, jest od wszechświata zależna. Promienie kosmiczne są według Marzeckiego czynnikiem jonizującym, koniecznym dla życia. Istnieje bezsprzecznie łączność kosmosu z ustrojem. Na zdrowie i nastrój psychiczny wpływa on masowo i wyraźnie. Możliwie, że zmienia on także konstytucję powietrza i wywołuje tą drogą zaburzenia koloidalne w komórkach (Sabatowski) [10]). My nie znamy dziś całego promieniowania kosmicznego ale stwierdzamy jego skutki. Szczególnie o ile chodzi o psychikę, to wpływ jest wyraźny, a działanie na ustrój często jest dopiero następstwem jego. Weininger [11]) twierdzi mniejwięcej tak, że kto żyje w świadomej łączności z wszechświatem i odczuwa, że drugi człowiek jest jak on pewnem także swojego rodzaju (drobnem) centrem świata (mikrokosmosem), ten doszedł do wysokiej doskonałości. Na psychikę takiego człowieka wpływ kosmiczny musi być najsilniejszy. Prócz ludzi doskonałych i ludzi przeciętnych bywają jeszcze i inni. Ich zasadnicze myślenie jest mgliste, henidalne (Weininger), podświadome. Takiemi są i ich czyny. Specjalnie wśród kobiet jest ich wiele. Rozsnuwają one dookoła siebie nastrój, któremu nikt nie jest w stanie się oprzeć, ale jeśliby kogoś zapytać, co go tak wzięło, nie byłby w stanie odpowiedzieć. Często bywa ktoś w takim zachwycie, że jest jak zanarkotyzowany, a gdy go spytać o wygląd tej osoby, daje obrazy bardzo niedokładne. Do tego rodzaju kobiet należą przedstawicielki typu T_2G. Wyglądają powabnie ale to nie jest wszystkiem. Wrażliwość zmysłowa i piękność głosu także nie wyczerpuje istoty zjawiska. Tkwi ona w swoistem „promieniowaniu". Istnieje wpływ wielkich umysłów na otoczenie, taksamo i istnieje swoiste działanie ludzi mających t. zw. *sex appeal*. Jeśli będziemy posługiwali się pojęciami dzisiejszemi, możemy prócz materji i energji przypuszczać istnienie i innych „stanów skupienia praistoty świata", mogących przejść w materję lub energję a zależnych od promieniowania kosmicznego [12]). Jedna bierze udział w zjawiskach będących wykwitem wyższej i najwyższej psychiki, druga, pierwotna, żywiołowa, nieokiełzana i mglista w swej istocie, bierze udział w henidalnem myśleniu erotycznem. Tę drugą istotę wyczuwa także człowiek, choć nie wie czem jest. Kto wie, czy człowiek typu T_2G szczególnie jest w nią bogaty. Tak mimo wszystko zjawisko, które znamy pod popularnem mianem *sex appeal'u*, jest wielce tajemniczem. Dużo przejdzie pokoleń, ludzie będą szaleć z rozkoszy, będą tracić zmysły, upojeni nią jak haszyszem — a istota zjawiska będzie ciągle niewyświetlona. Lecz przejdźmy jeszcze do innych typów.

Niektóre z nich są prawdziwem przeciwieństwem typu T_2G. Niema w nich śladu tego, co zowią *sex appeal*, a mimo to są bardzo kobiece i płodne, czego o płodności T_2G powiedzieć nie można. Łagodność i gospodarność jest ich cechą. Do tego typu należy kobieta typu O, zazwyczaj dosyć niskiego wzrostu, przeważnie blondyna, o jasnych oczach, zwykle pulchna, o delikatnym kośćcu i mięśniach i o miękkiej skórze. Bardzo łagodna. Płodna. Idealna żona i matka. Dobra gospodyni, nie burzliwa jak nadnerczówka ale umiejąca pogodzić sprawność z łagodnością.

Typ T_1 pochodny AO i ON jakoteż T_2 pochodzący z AO oraz z AO i ON wywodzący się G wymagają jeszcze studjów. Typ E został już przeze mnie dokładnie opisany. Kobiety typu AO nie są jeszcze dokładnie poznane. Są obok asteniczek często żonami nadnerczowców. Są bardzo potulne.

* * *

Dobiegłem do końca pracy. Uzupełniłem w niej wiadomości o typach nowemi szczegółami, opisałem krótko typ O i niektóre pochodne, a również zająłem się systematyką. Wszystkie typy rozmieszczone są na linjach zamkniętych współśrodkowo leżących a najważniejszą jest linja A—M—N—O—A, potem idą linja hipertyreozy, hipergenitalizmu, hiperpituaryzmu i ich przeciwieństwo, a linje te wywodzą się pierwotnie z linji A—M—N—O—A. Unika się w ten sposób trudności w klasyfikacji i uzyskuje jasność obrazu. Bardzo nieliczne typy AN i jeszcze niestwierdzony napewno typ OM nie wchodzą w rachubę i potrzeba jeszcze dalszego rozjaśnienia ich przyrody, aby napewno stwierdzić konieczność czynienia połączenia A—N i O—M. Dalsze badania rozświetlą jeszcze wiele szczegółów nauki o typach somatycznych ale już dzisiejsze badania uczyniły z typologji jedną z najciekawszych gałęzi wiedzy.

J. KOSTRZEWSKI i M. BILEK. Kraków.

Dur brzuszny w miastach Polski.

Z Oddziału zakaźnego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Mowa o chorych na dur brzuszny w 5 największych miastach, w ciągu ostatnich 15 lat, z tem zastrzeżeniem, że co do Poznania posiadamy potrzebne szczegóły dopiero od 1. IV. 1921. Zajmujemy się — podnosimy to z naciskiem — chorymi będącymi stałymi mieszkańcami omawianych miast, nie uwzględniamy natomiast durowych takich, którzy się dostali do danego miasta z dalszej lub bliższej jego okolicy, z tej lub innej przyczyny. Odnośne dane czerpiemy przedewszystkiem z wydawnictw ogłaszanych przez Miejskie Urzędy Statystyczne. Przeważną część wydawnictw znaleźliśmy w księgozbiorze Urzędu Statystycznego m. Krakowa. Korzystanie z nich ułatwiali nam P. P. Dyr. Sarnecki i Mgr. Foryś. W razie odczuwanych braków zwracaliśmy się do właściwych źródeł. Chodzi o Urząd Statystyczny m. Poznania, którego dyrektorem jest P. Zaleski, i o Urząd Statystyczny m. Łodzi, którego dyrektorem jest P. Rosset. Każdemu z wymienionych Panów składamy podziękowanie za łaskawą pomoc, którą wsparli nasze zamierzenia. W ten sposób zebraliśmy liczby dotyczące ilości, — i chorych — i mieszkańców. Liczby te opracowano w Zakładzie matematycznym U. J. kierowanym przez Prof. Wilkosza. Pan Prof. Wilkosz swą uczynnością głęboko sobie nas zobowiązał.

W wymienionym Zakładzie obliczono, ilu chorych na dur brzuszny przypada na każde 10,000 mieszkańców danego miasta,

---

[9]) Pol. Gaz. Lek. 1932, 46; 1933, 8.

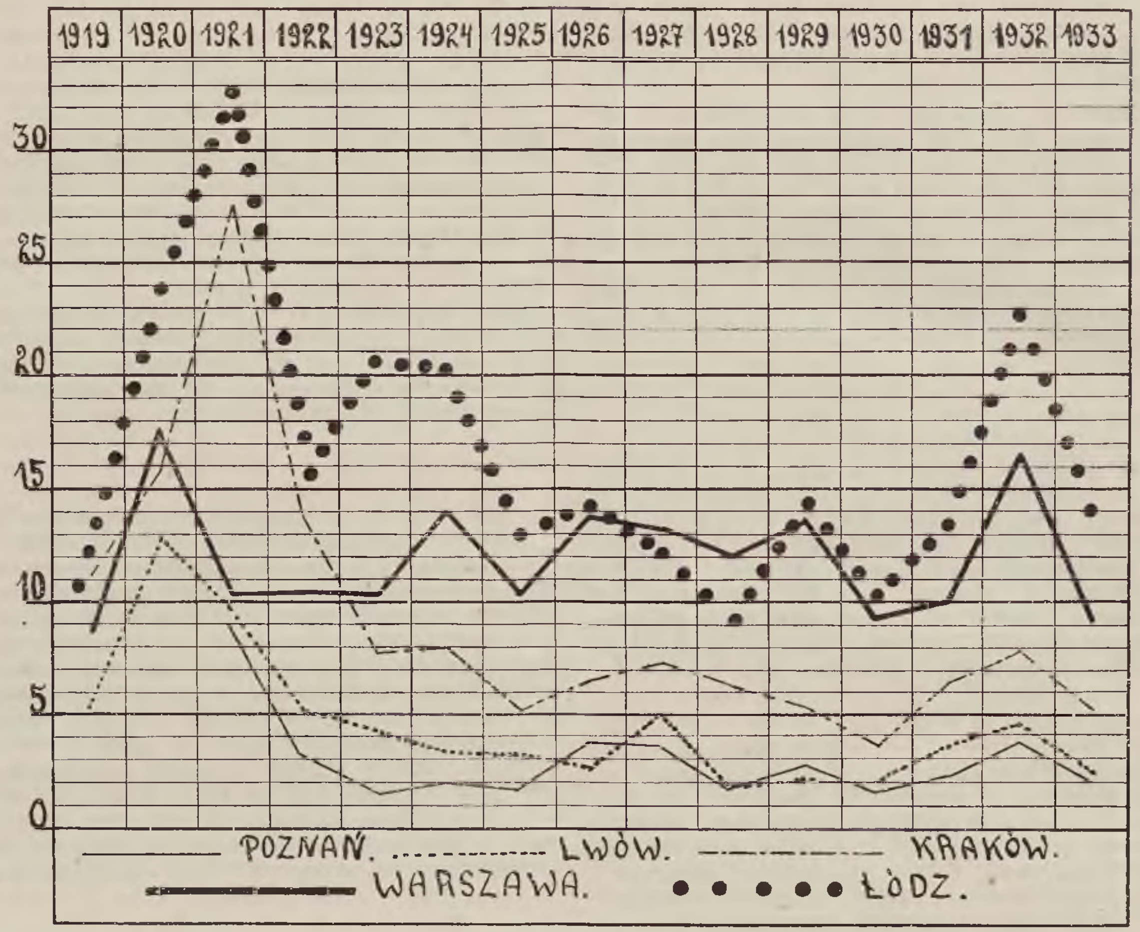
[10]) Doc. Dr. A. Sabatowski. Rola środowiska życiowego w rozwoju schorzeń gośćcowych przewlekłych. Warszawa, 1933.

[11]) Weininger O. Geschlecht u. Charakter. 1922.

[12]) W pracy Z. Tomanka ogł. w P. G. L. Nr. 47 z 1933 r. powiedział autor, że „nie monizm lecz dualizm energetyczny cechuje istotę żywą". Nasuwa się tu wiele myśli, między niemi i ta, że może i „inny stan skupienia praistoty świata", odnośnie do systemu nerwowego, wchodzi w rachubę.

w każdym poszczególnym roku. Wynik obliczeń przedstawiamy w załączonej tablicy, przyczem liczby na rzędnej oznaczają, ilu chorych przypada na każde 10,000 mieszkańców.

Przyglądając się tablicy zastanawiamy się, dlaczego przepisy zdrowia publicznego mające za zadanie zwalczanie duru brzusznego, tak różny odnoszą skutek w omawianych miastach? Przecież na całym obszarze Rzeczypospolitej obowiązują te same przepisy! Pragnęlibyśmy dociec przyczyny tego stanu rzeczy.



Rozumiemy, że tu chodzi nietylko o zaspokojenie ciekawości, ale co ważniejsze, o zebranie spostrzeżeń i oparcie na nich wniosków, któreby odpowiednio zastosowane w życiu codziennem umożliwiły obniżenie ilości zachorowań w Łodzi, Warszawie i Krakowie do tego poziomu, jaki jest właściwy dla Lwowa i Poznania.

Wspomniane wydawnictwa.

„Magistrat m. st. Warszawy". Sprawoz. Wydz. Statystycznego. 1919 — 1920. — „Magistrat m. st. Warszawy". Miesięcznik Statystyczny. 1921 — 1933. — „Wiadomości Statystyczne m. Poznania". 1921 — 1933. — „Lwów w Cyfrach". 1923 — 1933. — „Polska. Miasto Kraków". 1919 — 1933; prócz tego: E. Doliński: „Księga Sanitarna m. Lwowa". Lwów 1929.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Leon ACHMATOWICZ. Wilno.

Resekcja tętnicy i żyły udowej jako metoda leczenia zgorzeli kończyn dolnych na tle endarteriitis obliterans.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Chory 64 lat, izraelita, żonaty, z zawodu handlarz, chorób wenerycznych i zakaźnych nie przechodził, zawsze zdrów, podaje: przed 5 laty zaczął odczuwać silne bóle o charakterze piekącym w prawej stopie i podudziu, najsilniejsze jednak w podudziu. Okresowości choroby nie stwierdził, zaczerwienienia, obrzęków, podniesienia ciepłoty nie było. Wkrótce zjawiły się: obniżenie ciepłoty stopy, sinica stopy i podudzia, brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy *(art. dorsalis pedis)* oraz zgorzel prawej pięty. Bóle znacznie się wzmagały, zwłaszcza w nocy. Chory leczył się na cukrzycę i zgorzel kończyny w szpitalu i klinice, lecz bez dodatniego efektu. Po pewnym czasie choremu zaproponowano amputację uda prawego. Na operację chory się nie zgodził i udał się do mnie. Widziałem chorego po raz pierwszy w czerwcu 1928 r., 6 miesięcy od początku choroby. Stwierdziłem wówczas u niego cukrzycę w nieznacznym stopniu oraz zgorzel całkowitą skóry i tkanki podskórnej prawej pięty, brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy, znaczne obniżenie ciepłoty i sinicę stopy. Tętna w tętnicy podkolanowej *(art. poplitea)* i udowej *(femoralis)* nie było. Chory miał tak silne bóle, że stale stosował injekcje podskórne morfiny, które nie przynosiły mu ostatnio żadnej ulgi. Wówczas dokonałem choremu sympatykektomji okołotętniczej na tętnicy udowej w trójkącie udowym *(fossa Scarpae)*. Tegoż dnia wieczorem bóle ustąpiły zupełnie, a wkrótce obumarła zgorzelinowa skóra i tkanka podskórna pięty oddzieliły się i chory wyzdrowiał. Przez okres 5 lat chory czuł się doskonale i był w naszem mieście największym propagatorem i chodzącą reklamą operacji Leriche'a. W ciągu tego okresu miałem możność wykonać kilkadziesiąt analogicznych zabiegów u sklerotyków i dotkniętych chorobą Raynauda, przeważnie z dobrym wynikiem, lecz w okresach początkowych.

Przed 6 miesiącami t. j. w maju 1933 r. zupełnie podobny proces chorobowy powtórzył się na kończynie dolnej lewej, z tą różnicą, że wystąpiły owrzodzenia zgorzelinowe na paluchu, oraz na palcu V. W jednym ze szpitali choremu dokonano sympatykektomji okołotętniczej na tętnicy udowej w trójkącie udowym — jednak niestety, żadnego efektu dodatniego operacja nie odniosła. Po 6 miesiącach nieznośnych bólów chory zwrócił się do mnie.

Przy badaniu chorego stwierdziłem 2,4% cukru w moczu oraz 200 mg% cukru we krwi. Po zastosowaniu diety cukrzycowej, w okresie od 10—23. X. cukier z moczu znikł, mimo to jednak stan kończyny nie uległ polepszeniu. Badanie kończyny dolnej lewej wykazało: brak tętna w tętnicach udowej, podkolanowej i grzbietowej stopy. Lewa stopa zimna, sinicza, na paluchu od strony wewnętrznej owrzodzenie o brzegach nekrotycznych, analogiczne owrzodzenie na podeszwowej i bocznej powierzchni palca V, który zabarwiony jest na sino-szary kolor. Chory ma tak silne bóle w stopie, że nie może spać ani w dzień, ani w nocy i ciągle płacze. Stosuje on morfinę, która ulgi mu nie przynosi.

Dnia 23. X. 1933 r. chorego operowałem. Przebieg operacji był następujący: po odsłonięciu pęczka naczynio-nerwowego w trójkącie udowym stwierdziłem: tętnica udowa w licznych, rozległych, zbitych zrostach z nerwem i żyłą udową, które rozdzieliłem skalpelem. Tętnica nie tętni, jest zgrubiała, twarda, sięga grubości ołówka. Krążenie krwi w niej nie ma miejsca, natomiast w żyle udowej krążenie krwi jest zachowane. Tętnicę i żyłę udową wyseparowałem na przestrzeni 8 cm, poczem dokonałem wycięcia odcinka tętnicy udowej długości 6 cm. Krwawienia ani z centralnego, ani z obwodowego odcinka tętnicy nie było, kikuty tętnicy podwiązałem. Następnie przeciąłem między dwiema podwiązkami żyłę udową na tejże wysokości i wyciąłem odcinek 1 cm długi. Szwy na skórę. Badanie anatomo-patologiczne wycinka tętnicy udowej wykazało: zakrzep, zwapnienie w *media* i w zakrzepie. Następnego dnia po zabiegu operacyjnym kończyna i stopa stały się ciepłe, bóle zmalały, a w ciągu dni kilku bóle zupełnie ustąpiły, owrzodzenia zaczęły się goić i w 3 tygodnie po operacji chory wypisał się ze szpitala w stanie dobrym, chodząc na własnych nogach. Demonstrowałem chorego w Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem.

Przechodząc do teoretycznego uzasadnienia powyżej przeprowadzonego zabiegu — pozwolę sobie zaznaczyć, że sympatykektomja okołotętnicza nie odniosła pożądanego efektu, prawdopodobnie wskutek tego, że przy tej operacji nie mogą być przerwane wszystkie nerwy współczulne zwężające naczynia (wazokonstryktory). Aby uzupełnić operację, należało przeciąć wazokonstryktory przebiegające w *media* tętnicy udowej a to jest możliwe tylko zapomocą resekcji tętnicy. Operacja ta była zaproponowana i wykonana przez Leriche'a. Jednakże i przy tej operacji nie mogą być przecięte wszystkie nerwy zwężające naczynia, gdyż część z nich przebiega w ścianie żyły jednoimiennej. Dlatego też chcąc przeciąć możliwie jaknajwiększą ilość tych nerwów, zdecydowałem prócz resekcji tętnicy dokonać i resekcji żyły udowej. W tym też celu dokonałem wycięcia odcinka tętnicy (6 cm dług.) i żyły udowej (1 cm dług.). Dzięki temu zabiegowi nastąpiło rozszerzenie bocznic i naczyń włosowatych kończyny i związane z tem lepsze odżywianie kończyny.

Pomimo tego działania na układ współczulny, niewątpliwie, dodatni efekt zabiegu musimy odnieść również i do tej okoliczności, że wskutek podwiązania i przecięcia żyły udowej nastąpiło zmniejszenie odpływu krwi żylnej z kończyny, t. j. zostało wprowadzone krążenie redukowane w sensie Oppel'a.

O ile mi jest wiadomem z piśmiennictwa, jednoczesna resekcja tętnicy i żyły udowej, jako metoda lecznicza przy *endarteriitis obliterans* kończyn, dotychczas zaproponowaną i stosowaną nie była, dlatego też pozwoliłem sobie zakomunikować o tem.

Dr. H. FRENKLOWA. Łódź.

Przypadek zatkania przełyku u dziecka z zejściem śmiertelnem.

Z oddz. H. Frenklowej Szp. Anny Marji dla dzieci w Łodzi.
Dyrektor: Dr. T. Mogilnicki.

Chł. Z. M. 2 l. (Nr. ks. gł. 50718) został przyjęty 15. XII. 1932 do szp. Anny Marji spowodu uporczywych wymiotów, które trwały od 11. XII. Dokładnych wywiadów nie udało się zebrać ani przy przyjęciu, ani podczas pobytu dziecka na oddziale, gdyż rodzice, umysłowo niedorozwinięci, nie rozumieli zadawanych im pytań. Na kilkakrotne zapytanie, czy dziecko nie połknęło jakiegoś ciała obcego, odpowiadali stale przecząco.

Dziecko znajdowało się od chwili zachorowania pod obserwacją lekarza, któremu nie udało się osiągnąć najmniejszej poprawy, wobec czego skierował pacjenta do szpitala z rozpoznaniem: „wymioty nieustanne".

Stan przy przyjęciu bardzo ciężki; dziecko przytomne, robi wrażenie zatrutego: leży bezwładnie, oczy podkrążone i zapadnięte, wyraz twarzy zmęczony i wystraszony. Język suchy, pokryty grubym nalotem. Czynność serca bardzo osłabiona, tętno nikłe. Pozatem narządy wewnętrzne bez zmian. Budowa lekko krzywicza, odżywienie upośledzone (waga 9130 g). Temperatura prawidłowa. Stwierdza się silne odwodnienie powłok, wywołane przez nieustające wymioty: skóra sucha, konsystencji ciastowatej.

Dominującym objawem chorobowym są gwałtowne wymioty: dziecko nie jest w stanie połknąć nawet łyżeczki herbaty, gdyż najmniejsza ilość płynu zostaje natychmiast zwrócona; robi to tem silniejsze wrażenie, iż dziecko jest w najwyższym stopniu wygłodzone i spragnione: pomimo osłabienia chwyta samo oburącz łyżeczkę, pije gwałtownie i natychmiast wszystko zwraca.

Nie wiedząc, z czem mamy do czynienia, musieliśmy ograniczyć się do leczenia objawowego, m. i. przystąpiono do płókania żołądka, lecz przy próbie wprowadzenia zgłębnika do przełyku dziecko zesiniało i musiano zabieg przerwać.

Zastosowano odżywianie przez odbytnicę, wlewania podskórne soli i glukozy, *luminal natrium* i atropinę.

16. XII. Stan ogólny jeszcze gorszy, wymiotuje po każdej próbie połknięcia płynu; o ile nic nie pije, nie zwraca. Rodzice pacjenta, interpelowani ponownie co do domniemanej przyczyny wymiotów, nie umieją dać żadnego wyjaśnienia.

17. XII. *St. idem.* Pomimo ujemnej anamnezy obraz chorobowy nasuwa nam podejrzenie ciała obcego w przełyku, wobec czego dziecko zostaje skierowane do prześwietlenia, które daje wynik ujemny. Zupełnie inaczej natomiast wypada prześwietlenie po podaniu papki barytowej, którą dziecko przez kilka chwil zatrzymało: masa kontrastowa zatrzymuje się na wysokości mniejwięcej 2/3 przełyku, nie przechodząc zupełnie dalej. Powyżej miejsca, w którem papka się zatrzymała, stwierdza się wybitne rozszerzenie przełyku (bez żadnego uchyłka), wypełnione masą kontrastową; po 10 minutach część papki została zwrócona, a to, co zostało w przełyku, nie posunęło się dalej.

Na podstawie prześwietlenia rozpoznano niedrożność przełyku, wywołaną przypuszczalnie przez ciało obce.

Stan dziecka był wówczas tak ciężki, iż pomimo bezwzględnego wskazania do natychmiastowego zgłębnikowania przełyku względnie ezofagoskopji, wezwani na naradę chirurdzy na żaden z tych zabiegów nie mogli się zdecydować. Dziecko wydawało się bezwzględnie stracone.

18. XII. Dziecko żyje i stan jego poprawił się pod wpływem parenteralnie podawanych płynów i środków nasercowych o tyle, iż chirurg zgadza się wprowadzić zgłębnik, który natrafia na odległości 24 cm od łuku zębowego na opór; pchnięty trochę silniej, zgłębnik przebił przeszkodę i przeszedł do żołądka. Natychmiast po zabiegu dziecko wypiło 1/2 kubka herbaty i nic nie zwróciło, a w dalszym przebiegu wymioty również się nie powtórzyły. Stan pacjenta pomimo głodzenia się w ciągu 7 dni (od 11 do 18) poprawił się bardzo szybko i 24. XII. dziecko zostało wypisane, jako wyleczone.

Co do rozpoznania, nie ulegało wątpliwości, iż przyczyną nieustających wymiotów było zatkanie przełyku przez ciało obce; zostało to również potwierdzone przez ojca pacjenta, który sobie nareszcie przypomniał, że wymioty rozpoczęły się 11. XII. bezpośrednio po zjedzeniu przez dziecko kawałka chleba. Dodał on, iż poprzednio to samo już się kiedyś zdarzyło również po chlebie: wymioty były wtedy tak gwałtowne, iż wezwano Pogotowie Ratunkowe, lecz w międzyczasie dziecko zaczęło znowu dobrze połykać.

Po 6 miesiącach, 21. VI. 1933, dziecko zostało oddane powtórnie do szpitala — tym razem z dokładną anamnezą. 16. VI. jadło ryż i mięso — od tego czasu wymiotuje, cokolwiek próbuje przełknąć. O stopniu inteligencji rodziców świadczy fakt, iż, jakkolwiek byli przez nas uprzedzeni o możliwości powtórzenia się zatkania przełyku, pozwolili dziecku głodzić się znowu 5 dni zamiast odrazu do nas się zwrócić.

Stan dziecka był tym razem jeszcze cięższy, niż poprzednio, serce jeszcze bardziej wyczerpane. Objawem dominującym były taksamo jak wtedy, gwałtowne chlustające wymioty i zupełna niemożność połknięcia czegokolwiek.

Wobec bezwzględnej pewności, iż w przełyku pacjenta znajduje się ciało obce, spróbowano natychmiast przepchnąć je zgłębnikiem do żołądka, nie udało się to jednak. Przeszkoda była tym razem znacznie twardsza, niż poprzednio. Nazajutrz dopiero udało się zabieg ten wykonać specjaliście-laryngologowi, poczem dziecko odrazu przestało wymiotować i zaczęło dobrze połykać. Niestety, tym razem stan ogólny nie uległ poprawie i w godzinę po zabiegu nastąpiło zejście śmiertelne przy objawach niedomogi serca.

Sekcja została wykonana w 21 godzin po śmierci przez Dr. Ściesińskiego. Rozpoznanie anatomiczne: *Corpus alienum (caro) in ventriculo. Decubitus partis inferioris oesophagi. Dilatatio partis superioris oesophagi levioris gradus. Hyperaemia passiva universalis. Steatosis hepatis.*

Z protokołu przytoczymy tylko najważniejsze dane:

Przełyk: 10 cm poniżej górnego brzegu chrząstki pierścieniowatej powierzchowny ubytek okrężny, nieco nieregularny, szerokości 1/2 cm. Powyżej tego miejsca przełyk nieco rozszerzony, śluzówka blada, gładka. Poniżej to samo. Obwód przełyku w miejscu ubytku 3 cm, powyżej do 4 cm. Średnica po obliczeniu w miejscu zwężenia 0,9 cm.

Żołądek: zawiera treść papkowatą, strawioną oraz kawałek nadtrawionego mięsa, walcowaty, wielkości 3 $\times$ 1/2 cm.

Serce: wielkości, kształtu prawidłowego, mięsień blady, nieco szarawy, rysunek i połysk zachowany.

Badanie mikroskopowe: mięsień sercowy bez zmian. Barwienie Sudanem III ujemne. Przełyk (miejsce ubytku w dolnej części): brak nabłonka prawie zupełnie (w skrawku poprzecznie wyciętym), tylko tu i ówdzie mała wysepka nabłonka pokrywnego wielowarstwowego płaskiego. Błona śluzowa i podśluzowa martwiczo zmieniona, naciekła silnie leukocytami wielojądrzastemi obojętnochłonnemi. Na powierzchni masy bakteryj. Błona mięsna i włóknista niezmieniona. Naczynia krwionośne rozszerzone.

Wynik sekcji, jak widzimy, należy uważać za ujemny, gdyż w przełyku (poza wtórnem owrzodzeniem) uchyleń od normy nie stwierdzono.

* * *

Przypadek nasz ciekawy jest zarówno ze względu na przyczynę, która wywołała niedrożność przełyku, jak i na niezwykle ciężki przebieg i zejście. W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłam analogicznego spostrzeżenia u dziecka [1]).

Wszystkie przypadki niedrożności przełyku wywołane były przez połknięte ciała obce (natury niepokarmowej), przez uszkodzenie czynnikami chemicznemi (kwas wzgl. ług) i przez stany skurczowe przełyku. Pierwsze dwa czynniki, t. j. ciała obce i oparzenia są najczęstszą przyczyną niedrożności przełyku — sprawy te są oddawna znane i dokładnie zbadane. Znacznie rzadziej natomiast niedrożność przełyku wywołana bywa przez stan skurczowy przełyku, czynnik, o którym dawniejsze piśmiennictwo wogóle nie wspomina, nowsze natomiast coraz więcej mu poświęca uwagi.

Lust, Duken i Husler odróżniają samoistny czyli pierwotny skurcz przełyku, powstający bez żadnej widocznej przyczyny, od skurczu wtórnego, wywołanego przez jakieś uszkodzenie przełyku: zapalenie, zranienie, i t. p. Najważniejsze jest zapoznanie się z grupą skurczów pierwotnych: są to najczęściej sprawy wrodzone, i pierwsze objawy kliniczne w postaci uporczywych wymiotów występują w najwcześniejszem niemowlęctwie, mianowicie w pierwszych tygodniach względnie miesiącach życia. Intensywność skurczów bywa różna, niekiedy wywołują one zupełne zamknięcie światła przełyku; zawsze jednak skurcz występuje zupełnie samoistnie, niezależnie od jakiegokolwiek zadziałania zewnętrznego. Przyczyną tych stanów są zaburzenia w unerwieniu przełyku. Podług Lusta w przypadkach tych istnieje wzmożona pobudliwość skurczowa mięśni przełyku, umiejscowiona zwykle w dolnej trzeciej części przełyku [2]). Unerwienie tego narządu składa się z gałązek nerwu błędnego, pobudzającego i n. współczulnego, hamującego skurcz mięśni. U dzieci dotkniętych skurczem pierwotnym przełyku należy przypuścić zakłócenie prawidłowego współdziałania n. błędnego i współczulnego, czyli zaburzenie układu wegetatywnego.

Odmiennie ujmuje patogenezę tych spraw Guisez, podług którego skurcz pierwotny ma często podłoże organiczne: przerost zwieracza przeponowo-wpustowego, który uwypukla ścianę przełyku aż do zupełnego zamknięcia światła przełyku lub też wrodzone małe zastawki w świetle przełyku, pozostałości przegródek embrjonalnych. Również Husler uważa, że w niektórych wypadkach skurcz pierwotny przełyku wywołany jest — analogicznie do skurczu odźwiernika — przez przerost mięśni i określa ten stan, jako „ścieśniający przerost przełyku".

Reyher, opierając się na wynikach badań rentgenologicznych, przypisuje pierwotny skurcz przełyku wagotonji wzgl. spazmofilji, czyli wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego; Finkelstein uznaje w niektórych tylko przypadkach związek między skurczem przełyku i spazmofilją.

Jak widzimy, istota skurczu pierwotnego nie jest wyjaśniona, kliniczna jednak odrębność tej jednostki chorobowej nie może ulegać wątpliwości. *Oesophagospasmus* może być taksamo przyczyną nieustających wymiotów młodego niemowlęcia, jak nią jest *pylorospasmus*.

Oprócz skurczów pierwotnych i wtórnych istnieje jeszcze trzecia grupa: postacie przejściowe. Są to te przypadki, w których skurcz przełyku wprawdzie nie występuje samoistnie, przyczyna, która go wywołała, jest jednak tak błaha, iż mogła tylko zadziałać dzięki wzmożonej pobudliwości przełyku. Np. w przypadku Mc Kinneya dziecko 13 miesięczne upadło na równej podłodze i bezpośrednio potem wystąpił ciężki skurcz przełyku. T. zw. *oesophagismus*, czyli wzmożoną pobudliwość przełyku, występującą po połknięciu ciała obcego, należy też zaliczyć do tych postaci przejściowych.

Zarówno stany skurczowe pierwotne, jak i postacie przejściowe mają występować znacznie częściej u chłopców, niż u dziewczynek.

Typowym objawem klinicznym dla przypadków grupy trzeciej są uporczywe wymioty, występujące przy przejściu od pokarmów płynnych do pokarmów papkowatych wzgl. stałych. Konsystencja pokarmu jest tą błahą przyczyną, która, jak to wyżej zaznaczyliśmy, wywołuje skurcz przełyku dzięki wzmożonej pobudliwości tego narządu.

Wracając do naszego przypadku, w którym ani prześwietlenie, ani sekcja nie wykazały zwężenia organicznego, należy go, zdaniem naszem, zaliczyć do tej ostatniej grupy postaci przejściowych. Przyjmujemy u naszego pacjenta wzmożoną pobudliwość skurczową przełyku + działanie twardej konsystencji pokarmu.

Mechanizm zamknięcia przełyku (za pierwszym i za drugim razem) był prawdopodobnie następujący: u dziecka ze wzmożoną pobudliwością przełyku twarde kęsy chleba względnie mięsa wywołały w dolnym odcinku tego narządu skurcz długotrwały. Kęsy, nie mogąc posunąć się dalej, zatrzymały się, zamykając światło przełyku.

Trudno sobie wytłumaczyć jednakże, dlaczego skurcz ten trwał tak długo; możliwe, iż skurcz po pewnym czasie ustąpił, lecz jedzenie, pęczniejąc, zamykało przełyk w dalszym ciągu. W każdym razie etjologja skurczowa musi być brana pod uwagę, gdyż inaczej trudno byłoby przypuścić, iż walcowaty kawałek mięsa o średnicy pół centymetra mógł zamknąć przełyk o średnicy 0,9 cm.

O wzmożonej pobudliwości przełyku u pacjenta świadczą również dane z anamnezy: dziecko stale zwracało ryż i kartofle, a zatem pokarmy papkowate też już wywoływały skurcz przełyku, nie mogły jednak, oczywiście, doprowadzić do zupełnego zamknięcia światła.

Co do związku między sprawą chorobową, a konstytucją nerwową naszego dziecka, krótkotrwałość obserwacji nie pozwoliła nam na orzeczenie, czy mieliśmy do czynienia ze spazmofilją względnie zaburzeniem układu wegetatywnego. W każdym razie należy wziąć pod uwagę możliwość obarczenia dziedzicznego, gdyż rodzice, jak zaznaczyliśmy, byli niedorozwinięci umysłowo.

Piśmiennictwo:

Duken: J. Arch. f. Kinderheilk. T. 99. 1932. — Guisez J.: Presse méd. 1931. — Husler J.: Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 16. 1917. — Lust F.: Monatschr. f. Kinderheilk. T. 27. 1924. — Reyher P.: Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 38. 1924. — Sudhues M.: Archiv f. Kinderh. T. 96. 1932. — Voss E. A.: Zeitschr. f. Kinderheilk. T. 53. 1932.

[1]) U dorosłych niedrożność przełyku, wywołana przez mięso, zdarza się podobno względnie często, nie wywołuje jednak ciężkich zaburzeń, gdyż przeszkoda zostaje odrazu usunięta.

[2]) Przyczyna tego umiejscowienia nie jest wiadoma.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. Nr. 1—2. 1934. J. Kaulbersz: Oporność krwinek w klimacie wysokogórskim. — Z. Milińska-Szwojnicka: Nowsze odczyny kłaczkujące w serodiagnostyce kiły. — Fr. Goebel: Histamina a poziom cholesteryny we krwi. Nowy przyczynek do roli śledziony w gospodarce cholesterynowej. — J. Juer: O znaczeniu chloru, wapnia, potasu i sodu w małych ilościach płynu mózgowo-rdzeniowego. — L. Hirszfeld: Sprawozdanie z prac nad bakterjologją duru brzusznego, wykonanych w Państwowym Zakładzie Higjeny dla Komitetu Higjeny Ligi Narodów. — R. Amzelówna: Badania nad bakterjologją pałeczek z grupy durowo-paratyfusowej. — A. Szniolis i J. Just: Projekt ujednostajnionych metod badania wody. Badanie fizyczne i chemiczne. (Dokończenie).

Biologja Lekarska. Nr. 2. 1934. Wł. Lindeman: Hormon trzustkowy. — M. Gedroyć: Ogólny zarys współczesnych badań nad gruczołem płciowym męskim.

Pielęgniarka Polska. Nr. 3—4. 1934. M. Starowieyska: Międzynarodowy Kongres Pielęgniarek Katolickich. — H. Spoczyńska: O możliwościach samorządu w polskich Szkołach Pielęgniarstwa. — Dr. J. Balicka: O uwagach, jakie robimy dzieciom w szkole.

Wiedza Lekarska. Nr. 4. 1934. A. Dresdner: „Wstrząs“ po znieczuleniu miejscowem. — E. Reicher: O objawach zmęczenia sportowego.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 4. 1934. A. Trawiński: Prof. Dr. Robert Ostertag. — F. Schwarz: Gojenie przy częściowem i zupełnem usuwaniu chrząstek kopytowych. — T. Zuliński: Perlaki tarczycy u psów. — B. Strzelecki: Dodatnie rezultaty zwalczania szelestnicy przy pomocy szczepień ochronnych. — J. Golachowski: W sprawie „Encephalomyelitis suum“.

Polska Stomatologja. Nr. 4—5. 1934. A. Cieszyński: Sprawozdanie z 20-letniej pracy Katedry Stomatologji przy Uniwersytecie J. K. we Lwowie. — A. Cieszyński: Kronika Kliniki Stomatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie (1905—1934). — H. Gorczyński: Zmiany kliniczne w okolicy przyzębnej w niektórych chorobach wewnętrznych. — J. Jarząb: Działanie toksyczne materjałów używanych w dentystyce zachowawczej i protetyce a oral sepsis. — T. Owiński: Międzyszczękowa szyna ze stawem tarczowym po częściowej resekcji żuchwy według Cieszyńskiego.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 5. 1934. B. Nowakowski: Ubezpieczenie chorób zawodowych. — St. Mateja: Uwagi w sprawie ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — J. B. Kon: Zagadnienie budżetowe w dziedzinie ubezpieczeń społecznych. — M. Wisłocki: Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznem. — St. Rdzanek: O ustrój aptek publicznych. — S. Hartman: Nowa organizacja i zadania Funduszu Bezrobocia. — A. Tekstorówna: Działalność Z. U. P. U. w dziale ubezpieczenia na wypadek braku pracy w r. 1933.

Nowiny Lekarskie. Nr. 9. 1934. W. Bross i P. Kubikowski: Ocena sprawności trawiennej przewodu pokarmowego po zabiegach operacyjnych zapomocą określania właściwości dynamicznych krwi. — W. Markert: O eozynofilji we krwi w niedokrwistości złośliwej. — J. Iwaszkiewicz: Szumy uszne i ich leczenie. — J. Makowiec: Niezwykłe umiejscowienie wlotu pocisku.

Medycyna. Nr. 9. 1934. H. Lewenfisz: Badania kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcemi w drogach oddechowych. — J. May: O anemji niedobarwliwej na podstawie materjału oddziałowego. — T. Serafiński: Ostry zanik wątroby. — Zd. Michalski: Szkic rozwoju lecznictwa w medycynie wewnętrznej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 17. 1934. M. Taubenhaus: Samoistne pęknięcie macicy podczas porodu. — M. Dawidowicz: O wartości czwartego odprowadzenia elektrokardjograficznego dla rozpoznawania dusznicy bolesnej. — M. Leder: O wpływie kąpieli leczniczych na pobudliwość kory mózgowej. — H. J. Landau: Z dziedziny niedokrewności. — St. Kramsztyk: Osobliwości współczesnego piśmiennictwa naukowego. — M. Płońskier: O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwemi. (C. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 17. 1934. J. Włodarczyk: Receptura w zatruciach bojowemi środkami chemicznemi.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 18. 1934. S. Greifinger: Badania nad saponinami komory piżmowej.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 165. 1934. W. Stefański: Mało znany pasorzyt kota. — E. Szyfelbein: Metoda otwarcia i wycięcia stawu żuchwowego u psów i kotów. — F. Białokur i K. Miłlak: Lekarze weterynaryjni w powstaniu styczniowem 1863—1864 r.

OCENY.

Les arthrodèses dans la coxalgie (Usztywnienie stawu w schorzeniach stawu biodrowego). PAUL BUFNOIR. Masson 1933. Str. 109. 20 fr. fr.

Prace poprzedza przedmowa Sorrela. Sprawa operacyjnego usztywniania stawu biodrowego w gruźlicy jest bardzo aktualna, toteż praca B. jest naczasie.

B. zwrócił główną uwagę na wyniki oddalone po omawianym zabiegu, zadając sobie trud odszukania operowanych celem zbadania. Doświadczenie opiera na 100 przypadkach. Materjał do pracy podzielił na dwie części; w pierwszej omawia warunki w gruźlicy stawu w okresie czynnym, w drugiej w stanach następowych gruźlicy stawu biodrowego. Osobny rodział omawia warunki dla artrodezy u dzieci.

Temat jest ujęty przejrzyście, w sposób prosty a zajmujący. Wyczerpująco są opracowane wskazania i przeciwwskazania, technika zabiegu, wyniki i powikłania po artrodezie śród- i pozastawowej. Zabieg radzi B. wykonywać po dłuższem leczeniu klimatycznem (też kąpielowem), które należy kontynuować przez szereg miesięcy po zabiegu.

W gruźlicy czynnej stawu biodrowego pozostaje jako zabieg podstawowy usztywnienie pozastawowe zapomocą przeszczepu wziętego ze strzałki. W stanach następowych okazał się najpewniejszy zabieg mieszany, usztywnienie śród- i pozastawowe.

Wydanie staranne; cena niska umożliwia nabycie książki przez każdego chirurga.

Janik (Lwów).

Les syndromes hypophysaires et infundibulo-tubériens (Zespoły przysadkowo-lejkowe). ANTOINE RAYBAND. Paris 1933, Doin.

Nowy zeszyt wydawnictwa *La pratique médicale illustré.* Na 62 str. podane są najważniejsze fakty i teorje dotyczące fizjologji, patogenezy i kliniki; taksamo uwzględniono diagnostykę i leczenie. Wykład krytyczny, treściwy i dość jasny. Spowodu krótkości zaciera się czasem różnica znaczenia między sprawami bardziej i mniej ważnemi.

Monografja przedstawia dzisiejszy stan wiedzy i godna jest polecenia.

W. Stein (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Obecny stan badań nad ciałkami przytarczycznemi. Z. BYCHOWSKI. Klin. Wschr. Nr. 33, 1933.

Fizjo-patologja ciałek przytarczycznych ma znaczenie nietylko teoretyczne, ale bardziej praktyczne. Ciałka te wykazano u wszystkich zwierząt kręgowych z wyjątkiem ryb. Do wielkich wyjątków należy stwierdzenie braku wrodzonego przytarczyc, stwierdzano go także w przypadkach braku zupełnego tarczycy. Podobnie jak inne narządy wkrewne, taksamo przytarczyce są obficie unaczynione; sporne jest do pewnego stopnia znaczenie fizjologiczne ich komórek. Gdy jedni (Gezowa) przypisują główne znaczenie komórkom czerwonym, a komórki wodniste uważają za komórki wyczerpane ze swych czynności, to inni to znaczenie przypisują komórkom oksyfilnym Welsha, które mają pojawiać się w okresie dojrzewania, a w miarę wieku liczba ich zwiększa się. Oczywiście najważniejszem pytaniem jest stosunek przytarczyc do poziomu wapnia we krwi. Metody badania, i to mikrometody, mają tu bardzo ważne znaczenie. Za normę przyjmuje się 10 mg Ca w 100 g surowicy krwi. Za dolną granicę uważa się 8.6 mg (Leriche). Nie ulega wątpliwości, że usunięcie przytarczyc *(hypoparathyreoidismus)* powoduje obniżenie poziomu Ca we krwi. U kota już po 10 minutach podnosi się ten poziom po wstrzyknięciu parathormonu, u człowieka po 1 godzinie, po 2 zaś poziom Ca wraca do normy. Nie ulega wątpliwości, że przytarczyca jest regulatorem Ca we krwi. W doświadczeniach stwierdzono, że stała utrata wapnia odbywa się kosztem odwapnienia kości, a towarzyszy jej powiększenie przytarczyc — niewiadomo tylko, co jest pierwotnem. Oczywiście jednem z najbardziej ciekawych zagadnień jest stosunek przytarczyc do tężyczki. Związek przytarczyc z tężyczką nie ulega wątpliwości. Z badań Bluma wynikałoby, że parathormon działa przeciwtężyczkowo w związku z obecnością we krwi pewnych substancyj. Z badań Bomskova wynika, że w działaniu PH. ma znaczenie także adrenalina. Należy też wspomnieć o teorji gwanidynowej tężyczki, a wyszła ona z podobieństwa objawów w tężyczce do zatrucia gwanidynowemi derywatami. Tężyczka zachodzi obecnie rzadziej i wykazuje pewne wahania w poszczególnych porach roku. Znamy tężyczkę ciężarnych, przy przepłókiwaniu żołądka i zawodową tężyczkę szewców.

Anatomja patologiczna przytarczyc, w szczególności w tężyczce, mimo licznych prac nie jest jeszcze dostatecznie poznana. Najczęściej stwierdzano u osobników tężyczkowych wybroczyny w przytarczycach. Wpływ przytarczyc i PH. na tężyczkę był powodem zastosowania ich w szeregu zaburzeń mięśniowych, jak drżączka porażenna, myotonja, padaczka, i odwrotnie w myastenji i w okresowem porażeniu rodzinnem, a więc w stanach chorobowych o charakterze hipo- i hiperparatyreoidyzmu; w stanach tych spostrzegano niekiedy dobre wyniki lecznicze po stosowaniu PH. W padaczce, w pląsawicy i w drgawkach porodowych stwierdzano korzystne działanie lecznicze parathormonu, także w parkinsoniźmie. Wychodząc z założenia, że w różnych krwawieniach

w narządach wewnętrznych chodzi o zubożenie krwi w Ca (krwawienia z wrzodów żołądka i dwunastnicy), także w krwotokach płucnych stosowano przytarczyczne leczenie lub przeszczepiano przytarczycę. Niemniej dermatolodzy zwrócili uwagę na przytarczyce w pokrzywce, w przewlekłym wyprysku, różyczce i in. Oczywiście ta organoterapja ma znaczenie wówczas, jeżeli stosuje się wogóle hormony odpowiednie przez czas długi. Przeszczepienie przytarczyc nie ma trwalszego znaczenia wobec wsysania się przeszczepu.

Wiadomo, że Robinson i Thompson przez długotrwałe wstrzykiwanie przytarczyc otrzymali u myszy i szczurów zwolnienie wzrostu, wskutek czego sądzili oni, że przytarczyca zawiera substancje wzrost hamujące. Chirurgja przytarczyc może pochwalić się niezwykłemi wynikami w t. zw. *ostitis fibrosa cystica generalisata* z wybitną hiperkalcynemją i hiperkalcynurją. Choroba uważana była za nieuleczalną. Znany jest przypadek Mandla, w którym po wycięciu powiększonych przytarczyc nastąpiło wyleczenie z ciężkiego stanu chorobowego. Z 30 innych podobnych przypadków w 26 po wycięciu przytarczyc nastąpiło znaczne polepszenie. Przytarczyce były powiększone, niekiedy była w nich obecność gruczolaka. Przez systematyczne wstrzykiwanie psom wyciągów z przytarczyc można było otrzymać u nich obrazy podobne do *ostitis fibrosa* (Joffe).

Należy też wspomnieć o korzystnych wynikach paratyreoidektomij, dokonanych przez Oppla w Leningradzie w przypadkach *spondylose rhizomyélique*, u których Oppel stwierdził hiperkalcemję; podobne przypadki podaje chirurg Leriche ze Strasbourga, który tę chorobę uważa za zaburzenie przytarczyczne. Wyniki w leczeniu operacyjnem tego schorzenia są o tyle dość dziwne, że w świetle przemiany wapniowej *ostitis fibrosa* i *spondylose rhizomyelique* są chorobami zasadniczo różnemi. *W. Nowicki* (Lwów).

Badania nad działaniem wyciągów z przytarczyc na kości. R. LERICHE, A. JUNG i C. SUREYYA. Pres. Méd. Nr. 101. 1933.

Autorowie przeprowadzali doświadczenia na młodych szczurach, wstrzykując im codziennie wyciągi przytarczyc różnego pochodzenia, i poddając ich kości badaniom histologicznym. Po 8 dniach wstrzykiwania po 20 jednostek parathormonu Collipa stwierdzali przemianę szpiku kostnego na włóknisty i utratę charakteru tkanki krwiotwórczej oraz znaczną resorbcję tkanki kostnej gąbczastej i zbitej. Natomiast wyciąg zwany *paratyrone* wstrzykiwany po 20—40 jednostek przez dłuższy czas (do 2 miesięcy) powodował resorbcję kości, ale nie dawał zwłóknienia szpiku kostnego. Wyciąg Collipa daje więc zmiany histologiczne takie, jakie spotyka się w chorobie Recklinghausena, podczas gdy inne wyciągi, mimo że jednakowo są mianowane według działania na poziom wapnia we krwi, nie posiadają tego samego działania na szpik kostny. *Skowroński* (Lwów).

O działaniu przeciwcukrowem wyciągu roślinnego u ludzi i zwierząt. FRANKE, MALCZYŃSKI, GIĘDOSZ i ONESYMÓW. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. Z. 1.

W badaniach nad glikyninami t. j. ciałami pochodzenia roślinnego obniżającemi poziom cukru we krwi podają autorzy wyniki przy użyciu wyciągu z marchwi. Badania przeprowadzono na psach, królikach i ludziach normoglikemicznych. Otrzymywane obniżenia poziomu cukru wynosiły od 29 do 34% u ludzi, u psów nawet do 68.7%. Substancji działającej jeszcze nie wyodrębniono, nie są nią ani karotyna, ani witamina A, ani flawiny; zawarta jest ona we frakcji niekrystalicznej, otrzymywanej wedle metody w powyższej pracy podanej. *Rawicz* (Lwów).

Wpływ czynników zakwaszających na przemianę kwasu mlekowego w ustroju. APFELBAUM. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. Z. 1.

Praca jest dalszym ciągiem doświadczeń ogłoszonych w P. A. M. W. T. 10. Z. 3. Rozwijając myśl o korzystnem działaniu kwasicy eksperymentalnej na przemianę węglowodanową, wybiera autor jeden z jej etapów mianowicie kwas mlekowy (k. ml.). W 13 przypadkach z niezaburzoną funkcją wątrobową wyniki były zgodne, wskazując zmniejszanie się poziomu k. ml. we krwi i zwiększone zużycie tlenu. Ponieważ badania przeprowadzane były w warunkach przemiany podstawowej, odnosi A. otrzymane wyniki do zwiększonej resyntezy glikogenu z k. ml. Rola insuliny, jako naturalnego środka obronnego przeciwkwasicowego, jej nadprodukcja i zwiększone przyswajanie węglowodanów, jest narazie sprawą otwartą. W drugiej serji doświadczeń bada A. działanie k. ml. jako moderatora i wykazuje brak ścisłej zależności między spadkiem poziomu k. ml. we krwi, zresztą bardzo nieznacznego, a kwasicą tak, że spadku tego nie można ujmować jedynie z punktu widzenia układów moderacyjnych, co przytacza autor na poparcie swego twierdzenia o zwiększonej tolerancji węglowodanów w stanach zakwaszenia ustroju. *Rawicz* (Lwów).

O fizjologicznej aktywności wyciągów czosnku. N. S. CHARCZENKO. Wracz. Dieło. Nr. 11. 1933.

W doświadczeniu na narządach izolowanych (palec ludzki, tylne kończyny żaby, nerki psa i serce kota) stwierdzono, że wyciągi z czosnku *(Allium sativum)* działają rozszerzająco na naczynia, przyczem naczynia obwodowe sa bardziej wrażliwe aniżeli naczynia narządów wewnętrznych. W rozcieńczeniu od 1:500.000 do 1:50.000 *Al.* nie wywiera działania; rozcieńczenie 1:10.000—1:1.000 powoduje rozszerzenie naczyń do 10% a 1:1.000 do 1:500 do 14%.

W doświadczeniu na sercu królika *in situ* dawka 0.1 *Al.* na kg wagi powoduje nieznaczne wzmożenie skurczów serca i przyśpieszenie akcji, dawka 0.5—1.0 bardziej wzmaga skurcze i akcję serca. W doświadczeniu na izolowanych jelitach kota rozcieńczenie 1:100.000 wywiera działanie pobudzające, a rozcieńczenie 1:50.000—1:10.000 i 1:5.000 wzmaga znacznie perystaltykę, rytm skurczowy i napięcie jelita.

Otrzymane wyniki są zgodne z obserwacjami klinicznemi i dlatego wyciągi z czosnku mogą mieć zastosowanie w schorzeniach, przebiegających z zwężeniem naczyń, a także osłabieniem perystaltyki i napięcia przewodu pokarmowego. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie przechodzenia czynnych składników sporyszu do pokarmu. P. S. FOMINA (Charków). Wracz. Dieło. Nr. 9. 1933.

Celem wykrycia sporyszu w pokarmie stosowano następujące metody badania: metoda fizyczna — badanie fluorescencji pod wpływem naświetlania lampą kwarcową — okazała się nieodpowiednią i nie dała wyników: metoda chemiczna — wynik dodatni otrzymano tylko po sporyszu świeżego zbioru *(Sec. cornut. pulv.)*. Metoda biologiczna — na skrawkach macicy królika i grzebieniach kogucich (stosowana w U. S. A. dla standaryzacji preparatów sporyszu) — dała wynik dodatni po podawaniu *Extr. Sec. cornut*, a szczególnie *Sec. cornut. pulv.* Składniki sporyszu przechodząc do pokarmu mogą okazać niekorzystny wpływ na niemowlęta pod postacią intoksykacji. W 90% przypadków intoksykacji stwierdzo składniki sporyszu w pokarmie. *M. Segal* (Lwów).

Stosowanie wielkich dawek koraminy i stiminolu w ostrych zatruciach morfina, weronalem i innemi środkami nasennemi. LIKIER. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. Z. 1.

Dziewięć historyj chorób ostrych zatruć leczonych dożylnie koraminą i stiminolem w dużych dawkach z dwoma zejściami śmiertelnemi. W badaniach nad mechanizmem działania kor. i stim. u psów wymóżdżonych dochodzi L. do wniosku, że środki te pogłębiają oddech, obniżają chwilowo ciśnienie krwi, które po kor. wkrótce wraca do normy, po stiminolu nawet znacznie się podnosi i dłuższy czas utrzymuje. Duże dawki wywołują drgawki. U zwierząt zatrutych temi środkami stwierdza się wybroczyny w mózgu. Przy utracie przytomności mogą kor. i stim. przywrócić świadomość. Autor poleca profilaktyczne stosowanie tych środków u ciężko chorych narażonych na opadowe zapalenie płuc. *Rawicz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Przyczynki do epidemjologji i kliniki złośliwej błonicy. E. LORENZ. Klin. Wschr. Nr. 6. 1934.

Wzmożenie się chorobliwości i śmiertelności z błonicy, spostrzegane od r. 1925 w Niemczech, Austrji, a także w Anglji, Węgrzech i i., pociągnęło za sobą szereg zagadnień z zakresu epidemjologji i kliniki tej choroby zakaźnej. I tak zauważono wzmożenie ilościowe błonicy gardła i nosa, a spadek błonicy krtani. Stwierdzono dalej przesunięcie się wieku chorych na błonicę, występującej nie, jak zwykle u dzieci kilkuletnich, lecz u dzieci w wieku szkolnym. Stwierdzono też zwiększoną złośliwość tej choroby i wybitne objawy toksyczne. Autor miał sposobność spostrzegania i leczenia 689 chorych błoniczych w szpitalu w Grazu. Gdy w 90% była błonica nosa i gardła, to zaledwie w 3,4% stwierdzał ją w krtani. Najczęściej dotyczyła ona dzieci między 5 i 10 rokiem życia, ze szczytem w 8 roku. A dzieci między 11 a 14 r. życia wykazywały większą zapadalność, niż dzieci pierwszych lat czterech. Autor podkreśla znaczny udział starszych dzieci w zapadalności na toksyczne postacie błonicy. Szczyt śmiertelności przypadał na wiek 6—7.

Autor podnosi dość zgodnie z innymi liche wyniki lecznicze, otrzymane przy stosowaniu surowicy antytoksycznej w szczególnie toksycznej błonicy, i to mimo stosowania jej w bardzo wczesnym okresie choroby i w ilości bardzo znacznej (140.000 jednostek). Stosowanie jej śródlędźwiowe, śródmięśniowe i dożylne, nawet w kombinacji z surowicami paciorkowcowemi nie obniżyły śmiertelności. Jeszcze najlepszą okazała się metoda wstrzykiwań 2—4 razy dziennie po 4.000 jednostek lub jednorazowe podanie dożylne (4.000 jednostek) i częste następowe wstrzykiwanie po 10 cm³ surowicy końskiej *(haemostix)* o słabej sile antytoksycznej. Śmiertelność spadała z 45,4% na 22,5%. To swoiste i nieswoiste leczenie okazało się także u innych wartościowem. Za toksyczną błonicę uważał autor przypadki ze znaczem cuchnieniem, z rozległemi błonami w jamie nosowej, na migdałkach i w gardle, obrzękiem podniebienia miękkiego, z silnemi okołogruczołowemi obrzękami, wybroczynami, bolesnością w okolicy wątroby, uszkodzeniem nerek i początkowemi wymiotami.

Co się tyczy nerek, to niezajęcie ich w przebiegu błonicy nie przemawia wcale przeciw jej toksyczności. Autor w 1/3 przypadków swoich miał objawy nefrozy. Bardzo ważnym czynnikiem dla przebiegu błonicy jest czas rozpoczęcia leczenia surowicowego. W przypadkach podania surowicy w pierwszym dniu nie było żadnej śmiertelności, już w drugim dniu podanie jej nie chroniło od śmiertelności 33%, a w szóstym dniu dochodziła ona do 100%! Gdy w Austrji i Niemczech podaje się w postaciach złośliwych do 40.000 jednostek surowicy leczniczej, to gdzieindziej np. w Danji, Anglji i Węgrzech w przypadkach bardzo ciężkich do 400.000. Autor podawał pierwszą dawkę 8—10 tysięcy jednostek, a potem 2—3 razy dziennie 3 i 4 tysiące jednostek w 5—10 cm³ surowicy końskiej. W ten sposób niektórzy chorzy otrzymali do 36.000 jednostek. *W. Nowicki* (Lwów).

Przetaczanie krwi w błonicy złośliwej. H. DIMMEL. Med. Klin. Nr. 47, 1933.

Przez nakłucie żylne pobiera się 200 cm³ krwi do 2% roztworu cytrynianu sodowego, a następnie strzykawką Rotanda wprowadza się do żyły odbiorcy. Wyższością tej metody jest jedynie nakłucie żylne, zamiast jej wyosabnianie. Mechanizm leczniczego działania transfuzji w błonicy nie jest znany. Przy stosowaniu tego rodzaju leczenia w formie złośliwej błonicy śmiertelność znacznie się zmniejsza. *Z. Godlowski* (Kraków).

Rozpoznanie różniczkowe schorzeń serca w przebiegu płonicy. K. STOLTE. Med. Kl. 1934. Nr. 1.

Powikłania ze strony płonicy mogą występować jako: 1) przejściowe zjawisko t. zw. serca płoniczego opisanego przez Lederer'a i Stolte'a, 2) jako łagodne zapalenie wsierdzia i osierdzia, które raczej wchodzą w zakres schorzeń reumatycznych, 3) jako septyczne, cięższe zapalenia wsierdzia, które mogą występować przy każdej sprawie paciorkowcowej. Serce płonicze ujawnia się według autora zwolnieniem tętna, mierną rozstrzenią, głuchemi tonami, szmerem skurczowym i zaakcentowaniem II tonu nad tętnicą płucną. Rozwija się jedynie u dzieci, zwykle między 8—10 dniem choroby, które wskutek choroby (wymioty, gorączka), straciły na wadze, i znika, gdy zaburzenie wagi wyrównuje się. Dla rozpoznania różniczkowego między sercem płoniczem a prawdziwem zapaleniem osierdzia i wsierdzia jest ważne to, że w sercu płoniczem możemy sztucznie na krótki przeciąg czasu wywołać zniknięcie szmeru skurczowego przez ucisk na aortę brzuszną, przez wysiłek cielesny (ćwiczenia) jak i przez bolesne bodźce. Dzieje się to prawdopodobnie dlatego, że w powyższych warunkach wiotki mięsień sercowy przejściowo lepiej się kurczy, przyczem pierścień mięśniowy, który jest zaopatrzony w zastawki, znowu staje się węższy. Brak gorączki może skłaniać do postawienia rozpoznania „serca płoniczego", ale należy pamiętać, że i reumatyczne schorzenia np. w przebiegu pląsawicy, jak i płonicze zapalenie wsierdzia, również bez wyższej gorączki może się rozwinąć.

W ostatnich czasach po długoletniej przerwie autor widział 3 przypadki zapalenia wsierdzia w przebiegu płonicy. Z tego 2 przypadki dotyczyły rodzeństwa. W jednym przypadku stwierdzono dolegliwości stawowe. Ciekawem jest, że w 2 pozostałych przypadkach autor dlatego zwrócił baczniejszą uwagę na serce, ponieważ zauważył u tych 2-ga dzieci niegorączkujących ponad 37—38° — wyraźnie wilgotną skórę, a więc zachowanie się skóry podobne jak przy schorzeniach reumatycznych. Autor sądzi, że ten objaw będzie ważnym czynnikiem rozpoznawczym w odróżnianiu serca płoniczego od zapalenia wsierdzia w przebiegu płonicy; bo ani przy sercu płoniczem, ani przy ciężkiem posocznicczem zapaleniu wsierdzia w przebiegu płonicy takiego łagodnego pocenia się nie spotykamy.

Różniczkowanie ciężkiego złośliwego zapalenia wsierdzia od obu powyżej podanych łagodnych postaci jest znane: wysoka gorączka, krótki oddech, dreszcze, przerzuty.

Serce płonicze leczy się przez tuczące odżywianie chorego. Bardzo rzadko należy sięgnąć po naparstnicę, lub po inne nasercowe środki, wśród których autor wysoko ceni strychninę.

Zapalenie wsierdzia reumatyczne, którego początek często wydaje się bardzo łagodnym, wymaga energicznego leczenia przetworami salicylowemi.

Złośliwą postać zapalenia wsierdzia leczy autor przedewszystkiem surowicą paciorkowcową i wstrzykiwaniami dożylnemi trypaflawiny. *Dr. Jaskólska* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Uroterapja przez prostnicę. S. P. WINOGRADOWA i B. O. IZAKSON (Kiew). Wracz. Dieło. Nr. 12. 1933.

Brak preparatów hormonalnych w Z. S. S. R., wady standaryzacji, i znaczne koszta preparatów hormonalnych skłoniły autorów do zastosowania w lecznictwie hormonów zawartych w moczu ciężarnych. Metodę tę stosują od trzech lat i obserwowali wyniki w 129 przypadkach, (brak miesiączki, skąpa miesiączka, miesiączkowanie bolesne, okres przekwitania). Mocz zostaje wprowadzony do prostnicy w lewatywie w ilości 80—100 cm³ codziennie w ciągu 10—14 dni. Stosując do lewatyw mocz ciężarnych w pierwszych miesiącach ciąży, wprowadzamy przeważnie hormon przedniego płatu przysadki, natomiast z końcem ciąży poza przysadką wprowadzamy folikulinę. O ile chcemy wprowadzić wyłącznie folikulinę, mocz należy zagotować, wtedy prolan ulega rozpadowi; chcąc zastosować leczenie wyłącznie prolanem — należy mocz wytrząsnąć eterem — wtedy folikulina przechodzi do eteru i zostaje prolan. Najlepsze wyniki otrzymano przy hipohormonalnym braku miesiączki, przy skąpej miesiączce, miesiączkowaniu bolesnem (niezapalnem); ustąpienie objawów podmiotowych i zjawienie się cyklu miesiączkowego. Nieco mniej korzystne wyniki otrzymano przy okresie przekwitania. Co się tyczy wskazań do powyższej terapji, należy je ustalać oględnie, gdyż operując dwoma tylko hormonami, nie możemy leczyć tak licznych zespołów schorzeń. *M. Segal* (Lwów).

Bóle i obfite krwotoki miesięczne wywołane przez duży polip wśródszyjkowy u dziewicy lat 26 — wyleczenie. P. ULRICH (Paryż). Soc. Fr. de Gyn. 1933. Z. 8.

Spowodu silnych krwotoków, których nie można było wstrzymać żadnemi środkami przeciwkrwotocznemi i dla których nie można było znaleźć wytłumaczenia podczas badania ginekologicznego, autor postanowił wykonać skrobankę po uprzedniem wycięciu błony dziewiczej. Podczas badania natrafiono w szyi na duży opór, który okazał się podśluzowym polipem o utkaniu włókniaka, nieodgraniczającym się ostro od otoczenia. Po wycięciu klinowem guza wraz z kawałkiem szyi nastąpiło zupełne wyleczenie. *H. Newlińska* (Lwów).

W sprawie usuwania resztek łożyskowych z macicy połogowej w przypadkach zakażonych. M. MARKOW. (Smoleńsk). Rev. Fr. de Gyn. 1933. z. 12.

Opierając się na 348 przypadkach, dochodzi autor do wniosku, że jedynem racjonalnem postępowaniem jest jaknajszybsze usunięcie resztek łożyska z zakażonej macicy. Zabieg ten winien być wykonany bardzo delikatnie i umiejętnie, nie palcem lecz narzędziami. Nie radzi wykonywać całkowitego usuwania macicy, gdyż jest to zabieg zbyt ciężki i w razie wyzdrowienia pozbawiający kobietę możności powtórnego macierzyństwa. Na 71 przypadków bardzo ciężkich, w których resztki łożyska były usunięte po kilku dniach, było 7 śmiertelnych, pozostałe wyzdrowiały. Przeciwwskazaniem są sprawy zapalne przydatków i otrzewnej oraz przeniknięcie zarazków poza macicę.

H. Newlińska (Lwów).

Porównawcze działanie pyoforminy i sulfarsenolu jako środków zapobiegawczych w przypadkach zakażeń połogowych. DAUDE d'ARNAL. Rev. Fr. de Gyn. 1934. Z. 2.

Sulfarsenol działa zabójczo na same zarazki, wzmacnia organizm i podnieca czynność aparatu krwiotwórczego. Pyoformina — jałowa ropa — działa również na zarazki, a zarazem pobudza ciałka białe, wzmagając siły ochronne ustroju. Leczenie sulfarsenolem przeciwwskazanem jest w przypadkach rzucawki, moczenicy, żółtaczki, natomiast wskazanem jest u osób kiłowych. Pyoforminę można stosować we wszystkich przypadkach. Statystyka podana przez autora nie wykazuje wielkiej różnicy w otrzymanych wynikach. *H. Newlińska* (Lwów).

W sprawie leczenia krwotoków przy niskiem usadowieniu łożyska. J. COLL de CARRERA. (Montpellier). Rev. Fr. de Gyn. 1934. z. 2.

W przypadkach krwotoków spowodowanych niskiem usadowieniem łożyska autor radzi w praktyce zawsze tamponować pochwę. Jest to zabieg łatwy, nieprzedstawiający żadnego niebezpieczeństwa i dający możność przewiezienia chorej do zakładu celem wykonania odpowiedniego zabiegu.

H. Newlińska (Lwów).

Ciało obce w macicy. W. A. POUŻITKOW (Doubas). Wracz. Dieło. Nr. 12. 1933.

U pacjentki przed rokiem nastąpiło samoistne poronienie w IV miesiącu ciąży. Spowodu silnego krwawienia wykonano w innym szpitalu skrobankę, poczem pacjentka leczyła się w szpitalu przez $1^{1}/_{2}$ miesiąca. Po roku zgłosiła się spowodu silnego bólu w dole brzucha; badaniem we wziernikach stwierdzono w szyi macicy kość płodu długości 3 cm, którą usunięto. Pacjentka leczyła się przez 9 miesięcy spowodu *endocervicitis, metro-endometritis* i *parametritis.* *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół z V posiedzenia naukowego odbytego dnia 2 marca 1934 roku.

Przewodniczy: Kol. W. Czernecki.

Przewodniczący zagaił posiedzenie wspomnieniem pośmiertnem poświęconem długoletniemu członkowi Towarzystwa ś. p. Dr. Stanisławowi Ludwigowi. Pamięć zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

Demonstracje przypadków:

1. Kol. Dąbrowski, człon. T-wa przedstawia przypadek *przepukliny okołoprzełykowej żołądka* u 58-letniego mężczyzny, który zgłosił się do badania ze skargami na ucisk i gniecenie w dołku podsercowym, uczucie rozpierania przy równoczesnem występowaniu objawów dławicy piersiowej. Objawy te wzmagały się po spożyciu pokarmów. Badanie kliniczne wykazało objawy rozedmy płuc oraz nieżytu oskrzeli, powiększenie serca, głuche tony nad ujściami, przepuklinę pępkową. Osobnik o typowej konstytucji pykniczej. Badanie rentgenologiczne stwierdziło obecność przepukliny okołoprzełykowej żołądka, przyczem duża część części wpustowej wraz z wpustem znajdowała się w klatce piersiowej nad przeponą. Prelegent omawia genezę i objawy kliniczne oraz rentgenologiczne przepuklin przełykowych.

W dyskusji: Kol. Morska podnosi, iż podobny przypadek przepukliny przełykowej obserwowano w Szpitalu powszechnym i był operowany na oddz. chirurg. przez prof. T. Ostrowskiego z dobrym wynikiem.

Kol. Franke przypomina prace tyczące związku między dusznicą bolesną a przepukliną przełykową; przedstawiony przypadek w wywiadach zapodaje również objawy dusznicy.

Kol. Schramm nie uważa nazwy przepuklina przełykowa za słuszną, brak tu bowiem worka przepuklinowego, a nadto podnosi wątpliwości, czy nie chodzi tu o rozszerzenia dolnej części przełyku.

Kol. Gemski przypomina prace szkoły Bergmanna i wyodrębniany przez niego zespół epifrenalny, tak często występujący przy przepuklinach otworu przełykowego.

Kol. Grabowski, który badał rentgenologicznie chorego, stwierdza, iż niema najmniejszych wątpliwości co do obecności w tym przypadku przepukliny; podnosi jednak, iż szkoła Bergmanna, która wykazuje w tak znacznym odsetku małe przepukliny przełykowe wzgl. niedomykalność otworu przełykowego, prawdopodobnie mylnie interpretuje obraz rentgenologiczny biorąc dolną część przełyku za przepuklinę. Sauerbruch, Chaul i Adam wystąpili z polemiką i niewątpliwie mają słuszność.

2. Kol. Lenczowski, czł. T-wa przedstawia: Przypadek *folliculoma ovarii.* Przypadek dotyczył kobiety 64-letniej, która zgłosiła się do kliniki spowodu krwawienia z macicy po kilkunastoletniej przerwie w miesiączkowaniu i na bóle dołem brzucha. Badaniem przedmiotowem stwierdzono wychudzenie i obecność guza jajnikowego wielkości dwóch pięści. Skrobanka jamy macicy wykazała przerost błony śluzowej nieznacznego stopnia. Laparotomja potwierdziła badanie kliniczne. Był to guz jajnikowy częściowo lity, częściowo torbielowaty; miejsca lite wykazywały cechy utkania złośliwego. Badanie drobnowidowe stwierdziło obrazy charakterystyczne dla *folliculoma ovarii* z przewagą tworów silnie przypominających pęcherzyki pierwotne Graafa. Wkońcu prelegent przypomina najnowsze poglądy co do genezy powstawania tych tworów i klinicznych objawów towarzyszących im.

3. Kol. Wiczyński wygłasza wykład p. t.: *Obrazy morfologiczne jajnika i przysadki mózgowej, jako źródeł hormonów płciowych.* Szereg odnośnych obrazów drobnowidowych jajnika i przysadki mózgowej przedstawionych w epidiaskopie przemawia zdaniem W. za tem, że utkanie jajnika zezwala — przy użyciu odpowiednich metod barwienia — na wyciągnięcie pewnych wniosków co do czynno-biologicznego znaczenia poszczególnych części składowych jajnika w rozmaitych stanach czynności fizjologicznych kobiety i to tak poza ciążą (okres po — i przekwitania, rozmaite okresy *intermenstruum),* jak i w ciąży prawidłowej i nieprawidłowej (zaśniad groniasty, nabłoniak kosmówkowy, zatrucia ciążowe). Próby analogicznych morfologicznych badań w kierunku czynno-biologicznego znaczenia przedniego płatu przysadki mózgowej — jak do tej pory zawodzą, a to spowodu samego utkania tego narządu, a mianowicie spowodu prawie równomiernego rozmieszczenia w całym narządzie wszystkich trzech typów komórek pomawianych o pewne specyficzne ich znaczenie pod względem biologicznym. Szczegółowo omawia W. zachowanie się przedniego płatu przysadki mózgowej w przyp. nabłoniaka kosmówkowego, a to tak ze względu na hiperprolanozę, jak i w stosunku do znanych w tem schorzeniu zmian w jajnikach. To ostatnie zagadnienie uważa W. za specjalnie interesujące, a to z uwagi na to, że analogiczne zmiany w jajnikach (hiperluteinizacja) może spowodować doświadczalnie. (Przeznaczone do druku).

4. Kol. Liebhart Stanisław wygłasza odczyt p. t.: *„Fizjologja żeńskich hormonów płciowych".*

L. stwierdza na wstępie, że znajomość hormonów ma niewątpliwie swe źródło i początek w poznaniu patologji gruczołów wkrewnych. O obecności przeważnej części hormonów dowiadywaliśmy się z ich nieprawidłowego działania, a raczej ze skutków i konsekwencyj ich wydzielniczych zaburzeń, pod postacią schorzeń t. zw. gruczołowych. Schorzenia te wynikają z ich niedomogi lub ich nadczynności i dają obraz mniej lub więcej charakterystyczny ich nieprawidłowej czynności. Stąd od tych początkowych manifestacyj chorobowych danych gruczołów drogą obserwacyj klinicznych i doświadczalnych, dochodziliśmy zwolna do poznania ich czynności normalnej czyli właśnie do fizjologii hormonów. Nie ulega np. najmniejszej wątpliwości, że najpierw poznaliśmy tarczycę z jej manifestacyj patologicznych pod postacią np. choroby Basedowa, a następnie dopiero jej czynności fizjologiczne odbywające się w organiźmie. Dlatego też znajomość nasza fizjologji hormonów jest stosunkowo skąpa i niedokładna. Rzecz druga — dotycząca głównie hormonów płciowych — to olbrzymia inflacja doświadczeń eksperymentalnych na zwierzętach w tej dziedzinie wiedzy. Jak już obecnie wiadomo, doświadczenia te wykonywane na różnych zwierzętach dają częstokroć bardzo różne wyniki, co tem bardziej nie uprawnia nas do stosowania ich do fizjologji ludzkiej. Ponadto coraz to nowe doświadczenia wnoszą ze sobą nieuchronnie pewien chaos a często i zaprzeczenie wyników poprzednich. Wreszcie coraz to nowe odkrycia w dziedzinie hormonów płciowych niejednokrotnie zamiast wyjaśniać zaciemniają i komplikują ich zrozumienie. Wszystko to razem stwarza potrzebę uporządkowania i zgrupowania najróżnorodniejszych doświadczeń i wyników i chęć dojścia do jakiejś syntezy. Prelegent przedstawia następnie obszernie najnowsze doświadczenia tak własne jak i innych autorów z zakresu omawianego tematu, starając się ułożyć je w uporządkowaną syntetyczną całość. (Rzecz ukaże się w druku).

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 17 maja 1933 r.

Pokazy.

1. Kol. Bentkowski demonstruje 2 przypadki *wad rozwojowych noworodków.*

2. Kol. Nasiłowski przedstawia:

a) Kobieta lat 25 z objawami kiły wrodzonej — *dystrophia dentium, keratitis parenchymatosa.* Odczyny Wassermanna i Meinicke'go we krwi silnie dodatnie.

b) $1^{1}/_{2}$-roczny syn tejże bez widocznych zmian kiłowych. W. i M. ujemne; O. Pirqueta +. *Hypertrophia:* Waga. 68.30. Drugie dziecko; pierwsze zmarło w wieku 1 rok i 7 mies. (gruźlica?). Genealogja rodziny. Zagadnienie przenoszenia kiły wrodzonej (kiła III-go pokolenia). *Constitutio luetica.*

c) Chłopiec lat 8 z czaszką wieżową *(Pyrgocephalia, dysostosis cranialis)*. Wcześniak 7-miesięczny z bliźniąt (II-gi zmarł po 2 miesiącach). W niemowlęctwie — wybitne objawy krzywicy; chód 1 7/12, pierwsze ząbki około 1½ roku, *craniotabes*. Obecnie upośledzenie wzrostu i wagi — 115½ cm, 19½ kg. Rozwój umysłowy prawidłowy. Odczyny M. i W. we krwi dziecka i ojca — ujemne. Młodsza siostra lat 6 zdrowa.

d) Niemowlę 1 rok i 2 mies. zakażone gruźlicą w pierwszych tygodniach życia: tuberkulidy dużych rozmiarów (czyrakowate). *Spinae ventosae*. Odczyn Pirqueta +++.

3. Kol. Ficenes demonstruje przypadki: a) *endometritis tuberculosa* z pokazem pacjentki oraz preparatu mikroskopowego.

b) Przypadek *adenoma malignum uteri* z pokazem pacjentki.

c) Przypadek z *ulcus chronicum vulvae*.

4. Kol. Trawiński wygłasza referat: *„W sprawie symptomatologji raka żołądka"*.

W dyskusji Kol. Zahorski mówi o trudnościach rozpoznawczych raka żołądka.

5. Kol. Bieńkowski mówi o losach *igieł połkniętych*.

W olbrzymiej większości przypadków połknięte igły przechodzą wprost do żołądka i kiszek. Badanie kliniczne zazwyczaj nic nie daje w przeciwieństwie do b. licznych i natarczywych skarg chorych, którzy, przerażeni, oświadczają, że odczuwają jakieś bóle, kłucia i t. p.

Rozstrzyga tu badanie rentgenologiczne. Chorych takich bierzemy na obserwację do szpitala.

W dalszym ciągu omawia 4 przypadki z Oddziału Chirurgicznego, dotyczące dwu mężczyzn i dwojga dzieci.

1) Mężczyzna, u którego badanie rentgenologiczne wykrywało igłę połkniętą, był poddany operacji. Przebadano skrupulatnie cały przewód pokarmowy przez obmacywanie, jednak igły nie znaleziono. Po kilku miesiącach kontrola rentgenowska igły nie wykryła; w międzyczasie odeszła ona z kałem.

2) Mężczyzna lat 55 połknął wielką igłę. Wykryto ją zapomocą badania rentgen. w okolicy dwunastnicy. Chory nie zgodził się na pozostanie w szpitalu.

Po kilku dniach chory ten zgłosił się ponownie ze skargami na odbytnicę; wykryto tam igłę połknięta i usunięto palcem.

3) Niemowlę dwumiesięczne, operowane. Usunięto połkniętą igłę, tkwiącą w ścianie żołądka.

4) Pięcioletnia dziewczynka miała wyjętą z odbytnicy, poprzednio połkniętą rozwartą i tkwiącą w ścianie kiszki agrafkę.

W czasie przerwy Prezes Kol. Suchodolski proponuje na czerwiec zwiedzenie nowootwartego szpitala położniczo-ginekologicznego Kasy Chorych w Sosnowcu, oraz odbycie tamże zebrania naukowego Towarzystwa.

W dyskusji nad referatami zabierali głos Kol.: Osiński, Wołkowicz, Ryder, Witkowski, Molicki, Zahorski, Kotarski: poruszając technikę prześwietlenia ciał obcych, krwotoki jako następstwa przebicia naczyń przez ciała obce.

6. Kol. M. Wołkowicz nawiązuje do przedstawionych na jednem z poprzednich posiedzeń przypadków kręcza *(torticollis)* pochodzenia mięśniowego, operowanych przez Kolegów M. Trawińskiego (sposobem Mikulicza) i K. Lipskiego (sposobem Müllera) i *mówi o swoim sposobie operowania kręcza pochodzenia mięśniowego*, ogłoszonym w roku 1897 w „Nowinach Lekarskich" Nr. 7—8.

Kol. W. przecina m. mostkowo-sutkowo-obojczykowy po stronie chorej wraz z pokrywającą go skórą skośnie od przodu i od góry ku dołowi i tyłowi na długość, odpowiadającą różnicy długości obydwóch mięśni mostkowo-sutkowo-obojczykowych. Cięcie mięśnia zaczyna się u góry o *circa* 2½ cm poniżej dolnego brzegu wyrostka sutkowego — przez co ocalony zostaje nerw dodatkowy Willizjusza *(n. accessorius Willisii)*. Brzegi przeciętego mięśnia odpreparowuje się od głębszych tkanek. Pod kontrolą oka nacina się potem powrózki i taśmy łączno-tkankowe powięzi szyjowych tak, ażeby nadkorektura położenia głowy dała się na miejscu przeprowadzić. Zeszywamy potem dolną połowę brzegu górnego odcinka mięśniowego z górną połową brzegu dolnego odcinka. Potem szew skórny, odpowiedni unieruchamiający opatrunek, po 10—12 dniach ruchy, gimnastyka i t. d. Za zalety sposobu tego uważać należy, że operacja cała odbywa się pod kontrolą oka, że jest nieskomplikowana i że zniekształcenie szyi po stronie chorej jest stosunkowo nieznaczne. Po poprzecznem przecięciu mięśnia czyto podskórnem sposobem Stromeyera, czy też otwartem — sposobem Volkmana — tworzy się dość duży rozstęp mięśnia, a więc znaczne zagłębienie na szyi. Po skomplikowanej operacji plastycznej mięśnia — sposobem Müllera (skomplikowanej właściwie nie dla operującego, lecz dla samego mięśnia), jak również i po całkowitem wycięciu chorego mięśnia — sposobem Mikulicza — zniekształcenie szyi po stronie chorej będzie znaczniejsze niż po operacji, wykonanej sposobem wyżej opisanym Kol. M. Wołkowicza.

Dziewczynkę 6-letnią operowaną sposobem wyżej opisanym — demonstrował Kol. W. w r. 1896 — w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem. (Autoreferat).

Sekretarz: *Dr. F. Sztuka.*
Prezes: *Dr. K. Suchodolski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Prof. Dr. Wladislav Růžička.

Prof. Dr. Władysław Růžička, kierownik biologicznego zakładu uniwersytetu czeskiego w Pradze zmarł onegdaj w 64 roku życia na raka. Złośliwa choroba przebiegała tak skrycie, że dopiero w ostatniej chwili spostrzeżono ją. Z Růžičkou odchodzi z grona lekarzy czeskich oryginalny badacz, niestrudzenie pilny od najmłodszych lat, uczony światowej sławy, a przytem nadzwyczajnie skromny i prosty. Już jako medyk pracował u prof. Spiny nad cytologją, zajmował się jednak głównie drobnoustrojami i ich budową, szukając związku pomiędzy nią a przemianą materji. Z tych prac wykrystalizował się pogląd o chromatynie, którą uważał za rezerwowe ciało komórkowe, które rośnie ze wzrostem, a zmniejsza się ze spadkiem intensywności przemiany materji. Z tego powodu był przekonany, że chromatyna nie może być nosicielem dziedzicznych cech, gdyż dziedziczność jest własnością całej żywej materji, a nie tylko niektórych jej części. Stanowisko to swoje rozwinął w całym szeregu prac, zwłaszcza w dziełach „Narys učeni o dědičnosti" (Zarys nauki o dziedziczności) oraz „Biologické základy eugeniky" (Biologiczne zasady eugeniki). Růžička stworzył nową przyczynową teorję o dziedziczności na zasadzie epigenetycznej, według której geny wytwarzają się dopiero z rozwojem jajka pod wpływem czynników zewnętrznych z t. zw. progennej konstytucji, jedynie którą się dziedziczy. Tę konstytucję przedstawia sobie, jako pewną morfochemiczną strukturę żywej materji, zdolną do oddziaływania na różne podniety, a dziedziczność pojmuje jako zdolność elementów przemiany materji odnawiania stale tej specyficznej struktury żywej materji. Już w r. 1905 starał się znaleźć ścisły związek pomiędzy rozwojową mechaniką a nauką o dziedziczności, zagadnienie w podobnem ujęciu rozstrzygnięte w roku 1927 i 1928 przez Goldschmidta i Dürkena.

Światowe znaczenie zdobył Růžička przez swoje badania nad przyczynami starzenia się. Poznał, że z wiekiem materja żywa stale się zagęszcza; wykazał, że biokoloidy żywej materji podlegają tym samym prawom, jak koloidy martwe, nazywając ten proces hysterezą protoplazmatyczną. Prace Jego na tem polu biologji zyskały uznanie uczonych tej miary jak Berchholda, Marinesca, Sanda, Janischa i in.

W r. 1911 zakłada instytut biologji i doświadczalnej morfologji przy uniwersytecie czeskim w Pradze. Stara się podnieść wartość biologji dla nauk medycznych, wydając *„Die allgemeine Biologie als Lehrgegenstand des medizinischen Studiums"*. Wraz z Pearlem i Löhnerem zakłada i redaguje międzynarodowe archiwum *Biologia Generalis*.

Pracując nad dziedzicznością, zajął się szczegółowo eugeniką. Zakłada w r. 1915 „Czeskie Towarzystwo Eugeniczne" a za Jego staraniem w r. 1924 wybudowano Czechosłowacki instytut eugeniki narodowej, którego był dyrektorem. Czynność eugeniczna tego uczonego znalazła uznanie i zagranicą. Był członkiem International Commission of Eugenics w Londynie i wiceprezydentem International Federation of Eugenic Organisatiens na rok 1930.

Całe życie Jego wypełniała praca, kształcił się sam i kształcił cały szereg uczniów. Polityką się nie zajmował, mało się udzielał społecznie. W zapatrywaniach swych bardzo liberalny cieszył się sympatją uczniów i grona profesorskiego. Cenił zawsze człowieka i wiedzę. Dobry ten człowiek znajdował zawsze czas na rozmowę z najmłodszym nawet uczniem w pracowni, chętnie udzielał rad i wskazówek. lubiał zdolnych i bystrych współpracowników. Kto spotkał się z nim, ten tak szybko nie usunie tej postaci ze swych wspomnień.

Ungar.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

W sali muzeum przemysłowego w Krakowie odbyło się uroczyste wręczenie prozesowi Tow. polsko-jugosłowiańskiego, dr. Franciszkowi Walterowi, profesorowi U. J. odznaczenia Korony Jugosłowiańskiej 3-ciej klasy.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 11 maja b. r. — Lenczowski: Przypadek pierwotnego raka trąbek. J. Świątkiewicz: Przypadek choroby Recklinghausena. Falkiewiczowa i Liebhart: Ciekawy przypadek niedomogi wielogruczołowej. P. Ostern: Mechanizm wchłaniania jelitowego.

XIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się dnia 18 maja b. r. — J. Sosin: Pokaz i omówienie preparatów anatomopatologicznych: a) Megalonephros cong., b) Adenocarcinoma hypophyseos, c) Zastój w zakresie żyły wrotnej na tle zrostów otrzewnowych, d) Choroba Raynauda z martwicą śledziony. A. Chwalibogowski: O uremji hipochloremicznej.

VIII Posiedzenie Wydziału Lek. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu, wspólnie z Polskiem Tow. Pedjatrycznem odbyło się dnia 18 maja b. r. — J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Przewrażliwość tuberkulinowa i odporność w gruźlicy doświadczalnej. Delkowska: O epidemji tyfusu brzusznego kolonji leczniczej dziecięcej w Górce koło Buska w roku 1932. Skalmowski: Tyfus brzuszny.

Walne Zgromadzenie Delegatów do Tow. Lekarzy Polskich b. Galicji odbędzie się w dniu 10 czerwca 1934 r. w Morszynie-Zdroju o godzinie 10 rano. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu. 2) Sprawozdanie z czynności Rady za rok 1933. 3) Sprawozdanie Skarbnika. 4) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 5) Wsparcia i zapomogi. 6) Wybór nowej Rady Zawiadowczej. 7) Wnioski i interpelacje. W razie braku kompletu następne Walne Zgromadzenie odbędzie się w tem samem miejscu i z tym samym porządkiem dziennym o godz. 10.30. Sekretarz: *Dr. W. Grabowski* mp. Prezes: *Prof. Dr. R. Rencki* mp.

Zjazd chirurgów w Leningradzie. W dniach od 29 sierpnia do 6 września b. r. odbędzie się w Leningradzie Zjazd chirurgów. Tematy główne: 1) wstrząs, 2) niegruźlicze choroby płuc. Tematy zalecone: 1) zakrzep i zator, 2) uszkodzenia i leczenie uszkodzeń ręki i palców.

Tematy ortopedyczne: 1) artrodezy pozastawowe, 2) patogeneza lumboischjalgji

Medycyna społeczna.

Dzięki staraniom de Hartogha, lekarza w Amsterdamie, powstawa instytucja, utrzymująca się z wkładek członków, fundacyj i dotacyj, „Parkherstellingsoorden" przy holenderskim Czerwonym Krzyżu, która ma na celu opiekę nad ozdrowieńcami, którzy już nie wymagają leczenia szpitalnego a w domu posiadają warunki nieodpowiednie. Na terenach oddanych przez miasto urządzono odpowiednie baraki pełne słońca i zieleni, zaś rząd holenderski oddał starą kanonierkę, którą przerobiono dla wygodnego pomieszczenia 150 osób, a z prywatnej fundacji pochodzi stary parowiec. Chorzy przebywają tam od godz. 9-tej rano do godz. 5-tej popołudniu, posiadając opiekę pielęgniarską, a ponadto mogą zasięgać porad ordynujących lekarzy. Z zasady przed rozpoczęciem leczenia i po 2—3 miesiącach kontroluje się wagę chorego i stan krwi. Opłaty są niskie, a ubodzy wogóle są od nich zwalniani.

Różne.

Znani działacze naukowi podkreślając w Nr. 3 „Prawdy" olbrzymi rozwój opieki zdrowotnej w Sowietach. stwierdzają już obecnie brak personelu lekarskiego, a szczególnie lekarzy. Ilość „instytutów medycznych" zwiększyła się w ciągu ostatnich trzech lat z 15 na 26. Liczba studentów osiągnęła 33.000, pozatem w U. S. S. R. 8.000. W związku z uprzemysłowieniem kraju i rozwojem „kołchozów" autorzy podnoszą zapotrzebowanie dziesiątków tysięcy nowych lekarzy, a obliczając czas studjów na 4—5 lat, zwracają uwagę na konieczność zwiększenia ilości zakładów naukowych dla studjów lekarskich.

Przy Instytucie eksperymentalnej medycyny utworzono „biuro arktyczne", które obejmie prace nad zbadaniem działania klimatu arktycznego na zdrowy i chory organizm człowieka. W czerwcu 1934 r. wyruszy ekspedycja lekarska do Nowej Ziemi i Ziemi Franciszka Józefa.

Czerwony Krzyż i Czerwony Półksiężyc w Z. S. S. R., liczący 5 miljonów członków, ufundowały ze składek członkowskich eskadrę z 7 samolotów sanitarnych, które zostały oddane do dyspozycji armji, pozatem 14 samolotów sanitarnych do udzielania szybkiej pomocy lekarskiej dla użytku ludności cywilnej.

W „Medycynie Praktycznej" Nr. 3 znajdujemy następujące wyjątki z „Pamiętników Lubarscha: Lekarze poznańscy w latach 1899–1904": W tym czasie Lubarsch był prosektorem w Poznaniu. W wydanym krótko przed śmiercią pamiętniku autor pisze o lekarzach poznańskich, co następuje: „Chcąc wydać sąd o trzech grupach lekarzy miasta Poznania i prowincji, trzeba powiedzieć co następuje, choć będzie to niesprawiedliwe w odniesieniu do jednostek, jak zresztą każdy sąd o grupach ludności. Polacy byli naogół najmniej gruntowni, zewnętrznie jednak najwięcej cywilizowani, co po części polegało pewnie i na tem, że pochodzili najczęściej z bardzo dobrych rodzin, często z arystokracji. Mało naogół pracowali naukowo, więcej wagi przykładali do praktycznego wyszkolenia i już stąd mniej korzystali z nowych urządzeń naukowych. W każdym razie naczelni lekarze szpitali polskich kazali sobie robić sekcje przeze mnie i przysyłali materjał do badania. Część przychodziła na wykłady i demonstracje, niektórzy pracowali nawet przygodnie w mojem laboratorjum. Żydzi byli najgorliwsi, najruchliwsi i wewnętrznie najbardziej naukowo nastawieni, dążyli poważnie do udoskonalania i pogłębiania swej umiejętności i wiedzy, bezsprzecznie jednak na zewnątrz — w ubraniu i sposobie życia — byli najmniej kulturalni. Doczekałem się po nich największych przekroczeń savoir vivru, byli też między nimi tacy, którym etyka lekarska była obca zupełnie. Zależało to naturalnie częściowo od ich pochodzenia, może i od rodziny, z pod której wpływu nie mogli się wyemancypować, choć przez wychowanie i wykształcenie nabyli zupełnie innych poglądów na życie i świat... Naukę jednak, dla której mieli wielki, powiedziałbym prawie przesadny szacunek, uważali wszyscy, temwięcej, jeśli mogli z niej dla siebie wyciągnąć korzyści, za grunt neutralny. Wśród lekarzy Niemców-chrześcijan istniało też rozdwojenie. Starsi, typ lekarzy domowych, nie starali się tak bardzo o poznanie prędkiego postępu wiedzy i techniki lekarskiej; byli więcej konserwatywni i kładli wielki nacisk na cielesne i duchowe leczenie całego człowieka. Niechętnie patrzyli na ostry i nazbyt głośno zaznaczany kurs przeciw Polakom i chcieli żyć z kolegami polskimi jak dawniej w możliwej zgodzie. Młodzi natomiast, zwykle nie pochodzący z prowincji poznańskiej, ani ze wschodu wogóle, byli przeważnie „hakatystami", część z wewnętrznego przekonania, część dla korzyści. Byli wśród nich tacy, którzy nie mogli dość płaszczyć się niegodnie przed urzędami rządowymi i pożerać codziennie Polaków i Żydów i robili swojego rodzaju karjerę, bo mieli stąd korzyści nietylko dla praktyki, ale i towarzyskie i otrzymywali państwowe odznaczenia (ordery i tytuł profesora i tajnego radcy medycynalnego). Była to tylko mała część lekarzy i to nie ta, którąby była odznaczała się sztuką lekarską, uczciwością i prawością".

Zarejestrowane zachorowania i zgony w Polsce na najważniejsze choroby zakaźne wykazują w ostatnim tygodniu marca zwiększoną ilość zachorowań na dur brzuszny (152), dur plamisty (191), natomiast zmniejszoną ilość zachorowań na płonicę (236), błonicę (287), odrę (1.012), krztusiec (130) i gorączkę połogową (20) w porównaniu z tygodniem poprzednim.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.